

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ORIGINE GINGIVO-DENTAIRE
DE LA PELADE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine BAILLY

Né le 6 Mars 1882, à Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1909

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 12

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ORIGINE GINGIVO-DENTAIRE
DE LA PELADE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Antoine BAILLY

Né le 6 Mars 1882, à Lyon.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER., TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE
		TEISSIER
Cliniques chirurgicales	}	BARD
		PONCET
Clinique obstétricale et Accouchements		JABOULAY
Clinique ophtalmologique		FABRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		ROLLET
Clinique des maladies mentales		NICOLAS
Clinique des maladies des enfants		PIERRET
Clinique des maladies des femmes		WEILL
Physique médicale		POLLOSSON (A.)
Chimie médicale et pharmaceutique		CLUZET
Chimie organique et Toxicologie		HUGOUNENQ
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BEAUVISAGE
Anatomie		GUIART
Anatomie générale et Histologie		TESTUT
Physiologie		RENAUT
Pathologie interne		MORAT
Pathologie et Thérapeutiques générales		ROQUE
Anatomie pathologique		COLLET
Médecine opératoire		PAVIOT
Médecine expérimentale et comparée		POLLOSSON (M.)
Médecine légale		ARLONG
Hygiène		LACASSAGNE
Thérapeutique		COURMONT (J.)
Pharmacologie		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale	MOREAU —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	MOUNEYRAT
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	LATARGET, ch..
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	BÉRIEL, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BRETIN, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	THEVENOT, ch...
TIXIER	PATEL	NOGIER	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président*; ROQUE, *Assesseur*,
MM. LANNOIS, *Professeur*, et Paul COURMONT, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552627_0071

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons à remercier tous nos Maîtres de la Faculté ou des Hôpitaux.

Nous remercions plus particulièrement, parmi eux, M. le Dr Molin, chirurgien des Hôpitaux, dont les encouragements et les bons conseils ne nous ont jamais manqué, surtout aux heures pénibles de notre longue carrière d'étudiant. Nous sommes heureux de lui donner ici ce faible témoignage de notre respectueuse affection.

Nous remercions aussi MM. les Médecins de l'Hôpital Saint-François-d'Assise, où nous avons rempli, pendant deux ans, les fonctions d'interne, et, plus spécialement, M. le Dr Ferran, aide de clinique laryngologique, à la Faculté, et M. le Dr Caillon, auquel nous sommes redevable de nos quelques notions d'art dentaire, et qui a bien voulu nous aider de ses conseils et de son expérience dans ce travail.

Nous exprimons à M. le professeur Nicolas, qui nous a donné l'idée première de ce travail, toute notre

reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans son service et nous le remercions de l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

Nos remerciements vont aussi à MM. les professeurs Roque et Lannois, ainsi qu'à M. le professeur agrégé P. Courmont, qui ont bien voulu faire partie de notre jury.

Nos recherches ont été favorisées par M. le D^r Moutot, chef de clinique adjoint à la Faculté, et par M. le D^r Ribollet, chef de laboratoire à la clinique dermatologique. Qu'ils soient assurés de notre gratitude.

A nos vieux camarades d'étude, nous offrons notre bien sincère et profonde amitié et nos vœux de réussite.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ORIGINE GINGIVO-DENTAIRE
DE LA PELADE

INTRODUCTION

De toutes les dermatoses, aucune n'a donné lieu à autant de controverses passionnées que la pelade. Mal définie autrefois, parce que renfermant, sous cette appellation, des affections très diverses, les progrès scientifiques, le microscope entre autres, ont permis de la séparer des teignes et du favus. Mais si chacun en donne, à présent, à peu de chose près, la même définition clinique, la question de son étiologie et de sa pathogénie reste encore pendante malgré des études récentes et approfondies.

Deux théories partagent les dermatologistes à ce sujet : la théorie parasitaire ou contagieuse, la plus ancienne des deux, d'après laquelle la pelade serait due à un microorganisme pathogène, spécifique ou non, et la théorie trophonévrotique, plus récente, et dont MM. Horand et Jacquet se sont faits les apôtres, et d'après laquelle la pelade devient le résultat d'un

trouble de l'innervation. De maladie locale, la pelade devient ainsi une maladie générale relevant d'une déséquilibration nerveuse et d'une viciation organique qui constituent une atmosphère favorable au développement de l'affection ; il suffit alors d'une irritation locale pour déterminer la pelade et la fixer.

Depuis 1900, les controverses ont été fort animées entre partisans de la théorie parasitaire et partisans de la théorie trophonévrotique qui, chaque jour, gagne du terrain. C'est à celle-ci, d'ailleurs, que nous nous rangeons.

Parmi les irritations, causes immédiates de la pelade, les mieux étudiées sont les lésions dentaires. Tout en admettant qu'il puisse y avoir des pelades d'origine dentaire, il nous a semblé qu'on accordait une part trop considérable aux excitations de cette nature. A en juger par le nombre considérable de gens ayant présenté des névralgies dentaires, des abcès dentaires et des éruptions difficiles et douloureuses de la dent de sagesse, on devrait arriver à un pourcentage considérable de peladiques parmi ces malades ; or, leur nombre est, en somme, assez restreint et la pelade semble, bien souvent, n'être fonction, ni du nombre, ni de la gravité des lésions dentaires.

C'est ce dont nous avons été frappé, en suivant les consultations dentaires des différents hôpitaux de la ville de Lyon, et le service de la clinique dermatologique de M. le professeur Nicolas.

Engagé dans cette étude, sans idée préconçue, nous avons dû arriver à déduire de nos statistiques et de nos observations, aussi précises que possible au point de

vue dentaire, que l'état de la dentition est sensiblement le même chez les peladiques que chez les autres malades, et que, d'autre part, nous ne trouvons pas un plus grand nombre de peladiques parmi les malades des consultations dentaires que parmi ceux des consultations des maladies d'autres organes.

Dans notre thèse, nous donnerons, d'abord, une définition de la pelade, puis nous ferons l'historique des deux grandes théories étiologiques, en insistant plus spécialement sur la théorie nerveuse. Dans une seconde partie, nous produirons nos statistiques avec les conclusions qu'elles comportent.

CHAPITRE PREMIER

I

Avant d'aborder notre sujet, nous croyons utile de donner une définition de la pelade. D'après Brocq, « en France, les dermatologistes donnent le nom de pelade à des alopecies à marche habituellement rapide, le plus souvent circonscrites au cuir chevelu et à la barbe, sous forme de plaques parfaitement glabres, arrondies ou ovalaires, plus ou moins larges et nombreuses, suivant les cas, au niveau desquelles le cuir chevelu est blanc, lisse, parfois comme déprimé et décoloré ; mais il peut se produire aussi une chute totale ou presque totale des cheveux et des poils des régions velues du corps. C'est l'*alopecia areata* des pays étrangers. »

Ainsi comprise, la pelade se ramène aux proportions d'un symptôme, il n'y a pas une maladie s'appelant pelade, mais des pelades.

Il est rare que le malade s'aperçoive lui-même de sa lésion, en général, c'est une personne de son entourage qui l'en avertit ; les symptômes de la période préalopecique sont en effet, la plupart du temps du moins, des plus ténus. Dans la région où doit se produire la plaque, se manifeste un peu de prurit ou des douleurs névralgiques. Les phénomènes objectifs sont aussi difficiles à saisir, les cheveux perdent leur poli et leur souplesse,

leur extrémité radiculaire s'amincit, et ils tombent ou cassent à quelques millimètres de leur point d'émergence. La peau desquame légèrement et, comme l'a dit Besnier, devient « achromique et œdémateuse ». La dépilation se produit assez rapidement.

Les plaques se constituent alors, en général arrondies ou ovalaires, s'agrandissant peu à peu, par leurs bords, en tache d'huile. Au centre, la peau est blanche, lisse, glabre, comme éburnée ; quelquefois, cependant, et sur les plaques déjà en voie de repousse, on y trouve des poils follets décolorés. Enfin, on y peut noter, mais assez rarement, une légère dépression centrale.

Les poils de la périphérie s'arrachent facilement, ils sont sans souplesse et cassants. Leur extrémité radiculaire amincie et décolorée, leur extrémité périphérique, volumineuse, par comparaison, et pigmentée, les a fait comparer à un point d'exclamation, ou à une massue d'Hercule ; d'où le nom de poils ou cheveux massués.

L'évolution est généralement lente, bien qu'on ait vu des pelades assez rapides pour prendre le nom de galopantes. La guérison se fait attendre plus ou moins longtemps, et peut être incomplète, mais, il est rare qu'elle ne survienne pas.

II

Cette affection a été décrite depuis fort longtemps ; Celse, le premier, l'a étudiée et en distingue deux formes, l'alopecie proprement dite, et l'ophiasis, plus particulière aux enfants. Mais ce n'est qu'au xix^e siècle

que la pelade donne lieu à des recherches nombreuses et vraiment scientifiques. Bateman en donna une bonne description clinique et, après lui, les auteurs commencèrent à rechercher les causes de la dermatose.

Bateman avait classé la pelade avec les teignes, tout en en faisant une affection différente, mais très voisine. En recherchant son agent pathogène, Gruby découvrit un champignon, le *Microsporon Andouini* qui était bien un parasite humain, puisque cause efficiente de la teigne qui porte son nom (teigne tondante de Gruby Sabouraud), mais qui n'avait aucun rapport avec la pelade. Bazin soutint avec Gruby, l'origine cryptogamique de la maladie, et Gibert en fit une forme chronique de la teigne tondante. La théorie parasitaire de la pelade était fondée, mais elle devait se modifier après les découvertes microbiologiques de Pasteur. A ce moment, on cherche, sans succès, d'ailleurs, le microbe spécifique. On se rend compte que la lésion porte, non pas sur le poil lui-même, mais dans l'appareil folliculaire, et c'est là que Malassez, Thin, Von Sehlen et Robinson décrivent des microbes qui n'avaient sans doute avec la pelade que des relations de saprophytisme. Vaillard et Vincent cultivèrent même un microbe qu'ils croyaient être l'agent de la pelade à cheveux fragiles de Besnier. Toutes ces théories sur l'agent de la pelade sont actuellement dans l'oubli ; seule, persiste encore la théorie séborrhéique que défend Sabouraud et sur laquelle nous reviendrons plus loin. Disons cependant que les partisans de la théorie parasitaire ne se tiennent pas pour battus,

ainsi que le prouvent les descriptions d'épidémies que l'on publie de temps à autre, et auxquelles nous verrons quelle importance il faut donner, ainsi que les controverses récentes de M. Hallopeau avec les partisans de la théorie trophonévrotique. Nous exposerons plus loin les idées d'auteurs contemporains tels que Thibierge et Brocq.

III

La théorie trophonévrotique fut d'abord soutenue en Allemagne par Boerensprung et Hebra qui, malgré leurs recherches, ne parviennent pas à trouver de champignons pathogènes. En France, dès 1874, Horand, de Lyon, après des essais d'inoculation sur lui-même, conclut à la non-inoculabilité de la pelade et est le premier à délivrer des certificats dans ce sens, à ses malades. Cazenave avait déjà auparavant assimilé la pelade au vitiligo et concluait ainsi à l'origine nerveuse de la première. Max Joseph, Mibelli et d'autres auteurs allemands, arrivent à reproduire des lésions peladiques macroscopiquement et microscopiquement comparables aux lésions spontanées, par la résection du ganglion de la deuxième paire cervicale chez le chat et donnent ainsi une confirmation expérimentale à leur hypothèse.

Actuellement, malgré les travaux de Sabouraud et d'Hallopeau, la théorie nerveuse ou dystrophique de la pelade gagne tous les jours du terrain, grâce surtout aux recherches et aux expériences de Jacquet dont nous exposerons plus loin la théorie. Après ce court exposé

historique de la question, voyons ce que comporte chacune de ces deux théories.

IV

Actuellement, nous l'avons vu, cryptogames et microbes décrits autrefois comme agents spécifiques de la pelade, sont tombés dans un juste oubli. Le dernier microbe décrit et dont on soutient encore la valeur étiologique est le microbacille de la séborrhée décrit en 1896 par Sabouraud. Dans la séborrhée, les follicules pileux sont dilatés par une masse de sébum et de cellules cornées fourmillant de bacilles très fins ; or, là où va se produire la dépilation, la peau, présente une séborrhée intense. Dans la pelade, les follicules sont au début infectés par le microbacille et cela seulement dans l'aire peladique. Sabouraud en conclut que le microbacille est l'agent de l'alopecie et que la pelade peut être considérée comme une séborrhée aiguë circonscrite.

Cependant, en 1900, Sabouraud lui-même modifia sa théorie, il distingua deux formes de pelade : l'une, plus particulière à l'enfant, siégeant sur la bordure du cuir chevelu et surtout à la nuque et dans laquelle on ne trouve jamais de microbacille c'est la *pelade ophiassique* sans rapport avec la séborrhée ; l'autre, constituée par des plaques circulaires ou ovalaires siégeant dans la région centrale du cuir chevelu et en rapport celle-ci avec le microbacille de séborrhée, c'est la pelade de Bateman.

En réalité la séborrhée n'est qu'un caractère secon-

daire chez les peladiques ; elle peut y être normale, exagérée, ou diminuée comme l'a montré Jacquet sans influencer la marche de l'affection, Les localisations sur la zone marginale ou dans la partie centrale du cuir chevelu n'ont pas plus d'importance, pas plus d'ailleurs que la prédilection de l'ophiasis chez les jeunes et de la pelade de Bateman chez l'adulte, ainsi que le démontrent les statistiques.

Les partisans de la théorie parasitaire ont voulu voir dans la forme circulaire et l'évolution des bords en tache d'huile un argument en faveur de leur thèse, par analogie avec la marche de différentes affections parasitaires, telles que les teignes ; mais, là encore, l'argument n'a que peu de valeur, car des affections nerveuses comme le vitiligo se développent également par accroissement concentrique et dans les expériences de Max Joseph, les lésions alopéciques progressèrent d'une façon identique. Les phénomènes inflammatoires ou réactionnels qui accompagnent la pelade sont en général consécutifs à l'irritation à distance, traumatique ou pathologique, cause de la pelade et non dus à l'action du parasite.

Les essais d'inoculation de la pelade n'ont rien donné, pas plus sur les animaux que sur l'homme, même lorsque ce dernier était déjà porteur de lésions peladiques.

Quant à la contagion, elle semble, actuellement ne pas tenir devant un examen sérieux, à la condition, naturellement, de retrancher de la pelade des affections qui peuvent la simuler, comme certaines pseudo-pelades de Brocq, à étiologies multiples.

La coexistence de plusieurs cas de pelade dans un même milieu ne prouve pas la contagion, mais le résultat de mêmes causes, agissant sur plusieurs individus dans les mêmes conditions, et là, intervient encore la prédisposition manifeste dans certaines familles.

Les épidémies ne résistent, en général, pas à une critique approfondie, et souvent, à la suite d'un cas de pelade nettement diagnostiqué, on fait rentrer dans le même cadre, toutes les alopecies, quelles qu'en soit la nature. Depuis l'apparition de la théorie trophonévrotique, les épidémies de pelade, dûment étudiées, se sont réduites à quelques cas sporadiques. Tel a été le résultat de la recherche même des cas de contagion, et Sabouraud lui-même, en 1898, déclara que la pelade ophiasique de l'enfant n'était jamais contagieuse et que celle de l'adulte devait l'être bien rarement, mais qu'en tous cas, aucune d'elles n'était jamais devenue épidémique. Brocq et Gaucher croient qu'il ne faut pas rejeter complètement l'origine parasitaire de la pelade. Thibierge demande de nouvelles recherches avant de se ranger entièrement du côté de la théorie trophonévrotique. Nombre de dermatologistes sont partisans d'un certain éclectisme et admettent, selon les cas, les deux théories ; c'est l'avis de notre maître, M. le professeur Nicolas. Par contre, Hallopeau est resté nettement contagioniste et, pour étayer ses affirmations, il a eu recours à une ingénieuse hypothèse reposant sur la mobilité relative du parasite qui ne serait plus contagieux quand il disparaît dans les téguments. Jacquet a traité, en 1908, « de microbe à va-et-vient et à échappement, ascensionniste et mystificateur, » l'agent pathogène

supposé d'Hallopeau, dont Darier nie également l'existence dans son récent traité.

V

Voyons maintenant sur quoi repose la théorie nerveuse de la pelade. Peut-être a-t-elle dû le jour à sa confusion avec le vitiligo, mais vite distinguée de cette affection, elle a su trouver de nombreux arguments de soutien, tant au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental.

Névralgies, fourmillements, sensations de chaud ou de froid sont les troubles subjectifs du début les plus fréquents.

L'anesthésie et l'hyperesthésie de la plaque, la flaccidité de la peau si remarquable dans les régions dépilées et due à l'atrophie des follicules, la diminution de l'excitabilité électrique, les troubles vaso-moteurs et sécrétoires, enfin la symétrie et la systématisation des localisations plaident en faveur de l'action du système nerveux. Ce sont encore des phénomènes d'ordre trophique que ceux qui portent sur les poils et la peau, identiques à ceux que l'on rencontre dans les alopecies cachectiques. Enfin le succès de certaines médications toniques du système nerveux vient démontrer l'exactitude de la théorie trophonévrotique.

Ces arguments cèdent le pas, comme importance, à ceux que fournissent l'expérimentation. Nous avons déjà parlé de l'expérience de Max Joseph : si l'on résèque, chez le chat, le ganglion de la deuxième paire cervicale, on voit apparaître, cinq à huit jours après,

une alopecie siégeant dans les régions dépendant des rameaux nerveux sectionnés. Cette alopecie est en forme de « disques réguliers, nettement circonscrits et progressant par extension concentrique », caractères qu'Hallopeau déclarait propres aux affections parasitaires. Cette expérience a été reprise souvent, et presque toujours avec le même succès.

Comme bien souvent, la chirurgie a reproduit, sans le vouloir, des expériences similaires, et nous devons citer le cas classique de Pontoppidan qui trois semaines après l'ablation des ganglions carotidiens chez un malade, vit apparaître à l'occiput des plaques alopeciques en aires et symétriques. Ces plaques se généralisèrent à toute la région dépendant du nerf occipital supérieur et inférieur et du rameau postérieur du grand nerf auriculaire du côté opéré. Ce cas n'est pas isolé, et plusieurs fois, on a vu des plaques de pelade se déclarer à la suite d'interventions chirurgicales.

C'est encore dans le même ordre d'idée que l'on peut faire rentrer les pelades post-traumatiques. Nous citerons nous-même le cas d'un gardien de la paix qui reçut au mois de janvier dernier, une balle de revolver dans la région sous-maxillaire droite; cette balle, après avoir lésé le maxillaire, sortit par la joue. Au mois d'octobre, il se déclara une pelade de la région mentonnière sous-labiale droite.

Aussi curieuses sont les pelades associées à des lésions nerveuses telles que la paralysie faciale du même côté et l'hémiatrophie faciale. Rappelons également sa grande coïncidence avec le vitiligo.

Mais les traumatismes et les affections pathologiques

ne sont passeules à favoriser la pelade. On a vu celle-ci se développer à la suite d'émotions violentes ou de chagrins intenses. Généralement, dans ces cas, la maladie suit une marche très rapide.

En dehors de ces facteurs, il existe une cause générale, la prédisposition. La pelade semble se développer fréquemment chez des sujets nerveux, névropathes ou neurasthéniques. Cette prédisposition à la pelade peut être individuelle ou familiale, portant sur les enfants d'une même famille, ou même sur des cousins; enfin, elle peut être héréditaire, des peladiques ayant des enfants qui auront la pelade, quelquefois longtemps après leur naissance.

Mentionnons encore, avant de terminer ce chapitre, l'analogie et même la presque identité des plaques de pelade et des plaques d'alopécie radiothérapiques, dont la différence consiste en ce que la chute des poils se fait, chez celles-ci, simultanément dans toute la région alopécique, tandis que dans celles-là elle va progressivement, en taches d'huile, du centre à la périphérie.

Tels sont les arguments sur lesquels se base la théorie nerveuse. Grâce aux travaux récents de Jacquet, et malgré les statistiques contradictoires de Crocker et Leloir, on commence avec une meilleure méthode clinique à reconnaître l'existence de lésions nerveuses dans beaucoup de pelades.

VI

Jusqu'à présent, nous avons parlé souvent des théories

émises par Jacquet sans les préciser. Nous ne croyons mieux faire pour cela que d'avoir recours au bel article de Déhu, sur la pelade, dans la *Pratique dermatologique*. On nous permettra de le citer en entier :

« D'après Jacquet, la pelade est une dermatose banale, caractérisée par des dépilations locales et par des troubles fonctionnels auxquels peuvent participer tous les organes de la peau : troubles glandulaires se manifestant par l'exagération ou la diminution des sécrétions sébacée et sudorale ; troubles vasculaires révélés par l'érythème peladique initial, l'œdème, l'anémie cutanée, les varicosités sous-peladiques ; troubles nerveux consistant en névralgie spontanée ou latente, hyperesthésie ou anesthésie superficielle et profonde ; enfin troubles dermiques, caractérisés par l'hypotonie du tissu conjonctif élastique et musculaire lisse d'où résultent la flaccidité, l'atrophie de la peau et l'altération des réflexes cutanés.

« Ces réactions des téguments peladiques, fréquemment liées à des troubles atténués, mais diffus du système pileux tout entier (séborrhée, hyperidrose, hypotonie, lésions des poils et alopecie diffuse) constituent ce que Jacquet appelle l'atmosphère locale directe de la pelade.

« La dermatose est favorisée par une prédisposition dont les principaux facteurs sont :

« 1^o La déséquilibration nerveuse, admise par tous les auteurs ;

« 2^o Une viciation organique complexe, révélée par l'analyse hémourologique ;

« 3^o Enfin l'hérédité, dont le rôle s'explique par la

transmission de la prédisposition (pelades héréditaires, pelades familiales, agénésie pileaire).

« La viciation organique explique pourquoi chez les peladiques, on trouve si souvent, dans les organes les plus divers, des troubles et des lésions de même ordre que ceux de l'aire peladique, notamment l'hypotonie vasculaire et conjonctive se traduisant par des phlébec-tasies généralisées ou régionales (varices, varicocèle, hémorroïdes), des ptoses cutanées et viscérales (dilatation gastrique, inertie intestinale, hernies, etc.). Elle explique aussi la fréquence des lésions dentaires dans les familles des peladiques, la même influence générale entraînant également l'altération de ces deux organes de même type anatomique, le poil et la dent.

« La pelade ainsi préparée par des causes lointaines et profondes est déterminée et fixée par des irritations locales partant d'un point quelconque des neurones centripètes (pelades réflexes) et sans doute aussi des centres (pelades centrales).

« Les pelades réflexes sont les mieux connues ; leur point de départ, très variable, peut être viscéral (gastrique, intestinal, broncho-pulmonaire, génital) ou périphérique, auriculaire et surtout dentaire.

« Ces causes diverses peuvent d'ailleurs se combiner entre elles et avec d'autres conditions d'ordre général, de façon à réaliser des groupements complexes des facteurs étiologiques ou « sommations peladogènes.

« Simples ou associées, les irritations locales déterminent dans les appareils en connexité fonctionnelle immédiate avec elles, une série de trouble réaction-

nels sympathiques qui constituent l'atmosphère peladique locale indirecte.

« Le mieux étudié de ces syndromes réflexes est celui que provoque la lésion ou l'éruption des dents (syndrome odontopathique ou néodentaire). Ses éléments les plus habituels sont l'érythrose faciale, l'hyperthermie ou l'hypothermie, l'adénopathie, l'hypertrophie amygdalienne, la névralgie spontanée ou latente et l'hyperesthésie superficielle et profonde, enfin comme réaction plus tardive, la dépilation diffuse ou en aire, la pelade.

« La localisation de ce trouble trophique n'est pas fortuite ; elle se fait de préférence sur certaines régions qui méritent le nom de zones peladophores. Ces zones correspondent à des territoires d'innervation minima pathologique et la pelade se systématise sur les points qui sont plus directement en connexion nerveuse avec la région où siège l'épine peladogène.

« Cette systématisation est fréquemment troublée par des causes locales extérieures, créant sur les régions pilaires des points de moindre résistance, c'est-à-dire d'innervation minima pathologique (lésions inflammatoires, parasitaires ou traumatiques de toutes sortes, compression par les peignes, etc.). Souvent aussi, la pelade éclôt au point de convergence de deux facteurs locaux, l'un interne, l'autre externe (rayonnement alopeciant d'une folliculite, etc.).

« De ces données pathogéniques découle logiquement la conclusion suivante, déjà vérifiée par l'expérience, c'est que pour guérir la pelade, il faut tout d'abord faire cesser la cause du syndrome sympathique

réflexe, c'est-à-dire supprimer l'épine irritative peladogène.

« En résumé, la pelade est une dermatose banale, réalisant « l'unité de pathogénie dans la variété et la multiplicité d'étiologie. » C'est une maladie à la fois générale par la viciation organique qui la prépare et locale par son point de départ, parfois multiple, aux extrémités muqueuses ou cutanées des neurones sensitifs. » (Déhu, Théorie dystrophique de Jacquet, in *Pratique dermatologique.*)

Telle est la conception étiologique de Jacquet, qui est la forme la plus avancée de la théorie nerveuse de l'origine de la pelade.

VII

Comme on le voit, les lésions dentaires, d'après cette théorie, jouent un rôle considérable dans la genèse de l'affection qui nous occupe, et ce sont elles qui ont été les mieux étudiées à ce point de vue.

M. Jacquet explique les relations pathologiques des poils et des dents par les rapports anatomiques, embryonnaires et histologiques de ces deux systèmes. Il trouve également un rapport dans leur évolution, caducité et renouvellement ; rapport assez fruste, il est vrai, dans l'espèce humaine, mais beaucoup plus net chez certains vertébrés inférieurs à dentitions successives illimitées.

Ces relations pathologiques seraient confirmées encore par ce fait que chez les races à dentition généralement saine, se trouve une chevelure et des poils solides,

tandis que, chez les races où la carie est fréquente, les tares du système pileaire le seraient aussi. Nouveau rapport encore, dans ce fait que la croissance favorise la pelade, et que c'est à ce moment de moindre résistance que l'on constate la fréquence de la carie. Nous dirons plus loin ce que nous pensons de cette dernière proposition.

Ayant admis une relation effective entre les lésions dentaires et la pelade, M. Jacquet distingue deux cas, l'un où la pelade est née de « lésions dentaires, ou juxta-dentaires, par troubles sympathiques dans la sphère du trijumeau » ; l'autre, plus général, renferme les cas, où, pelade et mauvais état de la dentition, sont dus à des causes communes. Ces causes communes se manifestent d'une façon tangible, par l'analyse urologique. Le coefficient de déminéralisation est considérablement augmenté. Cette déminéralisation doit retentir, à la fois, sur le système pileaire et sur les dents : alopecie, ou agénésie pileaire et carie.

C'est bien une relation précise entre ces deux ordres de faits, lésions dentaires et pelade, et non une coïncidence. « Cette conviction, dit M. Jacquet, s'est faite en mon esprit par la lente poussée de faits nombreux, témoignant que la pelade succède souvent à une crise subjective dans la sphère du trijumeau inférieur ; que la localisation peladique est homolatérale à cette crise ; que la pelade fait corps, forme syndrome avec un ensemble de phénomènes sympathiques, groupés aussi autour de la même crise ; que la cause du syndrome ainsi constitué, n'est autre qu'une irritation gingivale ou dentaire ; que les voies de conduction nerveuse re-

lient clairement l'irritation initiale à l'aboutissant cutané ainsi qu'au cortège pathologique annexe ; enfin, que la suppression de cette irritation fait tomber l'ensemble morbide qu'elle a suscité. (Jacquet, in *Annales de dermatologie* 1902).

Quels sont maintenant, plus développés, les arguments, les raisons de croire au rapport des lésions dentaires et de la pelade ? M. Jacquet les classe en six catégories, qu'il dénomme critères.

Le premier est le critérium chronologique : la pelade succède à un trouble survenu dans la sphère du trijumeau, mais à un trouble subjectif, perçu et déclaré par le malade. Ce trouble subjectif revêt une modalité différente selon les cas ; c'est tantôt une fluxion non douloureuse, tantôt une fluxion douloureuse ou névralgie fluxionnaire, tantôt une névralgie simple, ce qui semble être le cas le plus fréquent. Ce rapport chronologique varie d'une semaine à trois mois ; quelquefois même, il y a coïncidence de la pelade et des troubles dentaires. Mais la moyenne paraît être de un à deux mois. Ces faits peuvent donc ne pas tomber sous l'examen du médecin, et le malade, lorsqu'il vient consulter le dermatologiste, n'en parlera pas toujours, même questionné. D'autre part, les accidents peuvent être subaigus et attirer, par conséquent, assez peu l'attention du malade, mais ce qui donne le plus de poids au critérium chronologique, c'est leur réapparition avant celle de la plaque peladique, en cas de récurrence, fait qui frappe alors celui qui en est porteur.

Malgré cela, on pourrait encore ne voir qu'une coïncidence entre la lésion dentaire et la pelade, mais

voilà un autre fait qui confirme sa valeur ; quand la crise trigemellaire a existé et a été localisée, c'est du même côté que va se développer la pelade, elle sera symétrique comme elle, ou homolatérale, suivant les cas. Enfin, s'il s'agit de lésions portant sur les molaires, la pelade se localisera à la région occipitale ; s'il s'agit de lésions portant sur les incisives inférieures, la pelade sera mentonnière ; l'ensemble de ces faits constitue le critérium topographique.

L'examen objectif du malade donnera le critérium sympathique. Des phénomènes d'ordres différents se réunissent pour former une sorte de syndrome, ils sont vaso-moteurs, thermiques, fluxionnaires, trophiques, sensitifs.

Rarement on note un coryza ou mieux un hémicoryza localisé à la narine du côté peladique ; quelquefois on note aussi de l'épistaxis, également du même côté que la lésion pilaire. Ces deux phénomènes sont rares, mais voici les plus fréquents : l'érythrose, coloration accentuée du teint du côté peladique, manifeste à la joue et plus spécialement à la pommette et à l'oreille ; l'érythrose de ces deux dernières régions pouvant d'ailleurs exister seul.

Le plus souvent, mais non fatalement, l'érythrose est liée à l'hyperthermie. Cette hyperthermie peut varier de 1 à 3 et même 5 degrés. Plus rarement, on note de l'hypothermie coexistant avec l'érythrose.

Souvent, sans qu'il y ait une fluxion vraie, on trouve de l'empâtement diffus. Il en est de même d'une adénopathie sous-maxillaire douloureuse, plus prononcée du côté peladique et assez fréquente chez les enfants.

On peut rattacher à ces faits l'hypertrophie de l'amygdale du même côté que la plaque de pelade et même quelquefois une véritable angine.

Les troubles objectifs de la sensibilité semblent être les plus fréquents et par là, M. Jacquet entend « l'hyperesthésie *latente* des troncs nerveux et parfois des muscles du côté malade ».

Les points de Valleix existent dans la pelade alors même que nulle sensation névralgique n'a importuné le malade, mais leur recherche demande une certaine habitude dans ces cas-là. « Tous ces points ne sont pas toujours en état d'hyperesthésie chez ces malades. » Voici les conclusions de M. Jacquet à ce propos :

« En règle, la névralgie latente existe seulement du côté de la pelade.

« Elle peut exister des deux côtés avec une pelade unilatérale, mais quand elle existe d'un seul côté, elle est toujours homologue à la pelade.

« Quand dans une pelade bilatérale, la névralgie latente existe, elle est toujours bilatérale elle aussi. »

L'hyperesthésie musculaire, sensibilité des muscles à la pression et au pincement, moins fréquente, semble être localisée comme celle des troncs nerveux.

Tous ces phénomènes forment une sorte de syndrome chronologiquement et topographiquement lié à la pelade et, logiquement, la souffrance commune de tous ces organes qu'ils révèlent, doit avoir une cause commune. Or, l'irritation du système nerveux modifie l'équilibre sensitif de l'organisme entier, comme l'a dit Brown-Séquard. Le syndrome décrit plus haut est le

résultat de cette irritation qui elle-même siège dans le territoire du trijumeau, mais quelle est-elle ?

« Ni l'œil, ni les fosses nasales, dit M. Jacquet, ne paraissent répondre à cette condition.

« L'appareil dentaire, par contre, semble *a priori* les réaliser ; l'évolution successive des deux dentitions imprime une série d'ébranlements irritatifs à la gencive, tissu dont l'innervation est fort riche. De plus, chaque dent, organe d'innervation plus riche encore, par les lésions propres dont elle peut être le centre ou le siège, vient fournir de nombreux points de départ à l'irritation pathologique. »

Or, cette supposition se trouve vérifiée par ce fait que lorsque le syndrome précédemment décrit a eu lieu, on a trouvé une épine irritative gingivale ou dentaire, homolatérale au syndrome ou bilatérale comme lui. Ces lésions irritatives sont assez diverses : abcès gingival, fistule gingivale, polyarthrite et avulsion, avulsion pour lésion non spécifiée, gingivite, carie douloureuse et éruptions dentaires. En raison de ces causes, le syndrome devient odontopathique ou néodentaire selon qu'il résulte d'une lésion ou de l'évolution d'une dent. Ce syndrome pourra être incomplet, la névralgie pourra manquer, de même l'érythrose, l'hyperthermie ; d'autres fois, la pelade pourra précéder la névralgie. Dans ces conditions, on pourra décrire une pelade anténévralgique, une pelade anévralgique et une pelade à syndrome dentaire incomplet.

L'évolution et l'éruption des dents jouant un grand rôle dans la genèse de la pelade, on verra celle-ci apparaître plus spécialement aux différentes phases de

l'évolution dentaire. La dentition permanente évolue de cinq à quinze ans en moyenne et de vingt à trente ans pour la dent de sagesse. La dentition de lait, de quatre mois après la naissance à trois ans au maximum. Or, d'après les statistiques, c'est aussi à ces âges qu'apparaît le maximum de pelade, tandis qu'entre quinze et vingt ans, « entr'acte dentaire », le nombre de pelades diminue considérablement, constituant « l'entr'acte peladique ». Enfin, toujours d'après M. Jacquet, ce serait également à ces deux périodes d'évolution dentaire que correspondrait le maximum de caries. Ainsi se trouve établi un âge optimum de la pelade. L'immunité relative du jeune âge semble être en rapport avec le peu de durée des lésions dentaires, autrement profondes pendant l'évolution de la seconde dentition. Cependant chez l'enfant, les dépilations diffuses, mal limitées sont assez fréquentes.

Après les arguments cités en faveur de l'origine dentaire de la pelade, on peut encore noter les résultats obtenus par le traitement, soit au cours de l'évolution d'une dent se faisant mal, soit dans les cas de carie et ces observations ont la valeur d'une véritable expérience.

Et si le traitement de telle lésion amène la guérison de cette plaque de pelade, il sera facile, au moins en théorie, de dire en quelle zone, une pelade dérivant de telle irritation gingivo-dentaire pourra se produire et quelles seront les zones les plus souvent atteintes, soit au cuir chevelu, soit à la barbe.

Quel que soit l'âge du porteur, quelle que soit la forme de la pelade, ophiasique ou non, la pelade est

toujours systématisée. Des recherches mêmes de M. Jacquet, il résulte que c'est une zone nucho-mastoïdo-maxillaire qui est la zone de prédilection de la pelade. Cette zone correspond à un territoire cutané très faiblement innervé, ne recevant rien du facial mais soit dans le territoire mentonnier, soit à la nuque et à la région temporale, parcourue par des filets du plexus cervical superficiel. Cette innervation est pauvre, la première paire cervicale n'a pas de rameaux cutanés, la deuxième n'en envoie pas à la nuque, ce territoire n'est innervé, en fait, que par la troisième paire qui envoie quelques rameaux à la région cervicale postérieure. La zone peladophile est donc plus pauvre que les autres en influx nerveux, car toute région doit être innervée par trois racines successives, d'après Sherrington.

D'autre part, la zone d'irritation gingivo-dentaire est en rapport très direct avec la zone nucho-maxillaire de faible innervation, par les plexus dentaires supérieurs et inférieurs, le ganglion de Gasser, le noyau bulbaire et la longue racine inférieure du trijumeau, jusqu'au niveau de la première paire cervicale où elle se fond avec la colonne grise, origine des racines sensitives.

Enfin, le dernier critérium ou critérium thérapeutique se déduit des autres, la suppression de la cause de l'irritation gingivo-dentaire doit amener la guérison rapide de la pelade, qu'elle soit spontanée, comme dans l'entr'acte dentaire, ou thérapeutique, comme dans l'extraction ou les différents soins de la bouche. Ajoutons, pour en terminer avec cet exposé de la théorie gingivo-dentaire de l'origine de la pelade, que l'action

de l'épine irritative buccale est accrue encore par les troubles susceptibles de réagir sur le système nerveux du même côté, traumatismes, névralgies du pneumogastrique, lésions inflammatoires cutanées, lésions broncho-pulmonaires, viscérales, otites, etc., qui constituent une véritable sommation peladogène.

Mais l'action des lésions dentaires n'est pas seule capable de produire la pelade ; après elles, viennent les irritations auriculaires, pharyngées, gastro-intestinales, broncho-pulmonaires et traumatiques.

M. Jacquet ajoute en concluant : « La pelade est un symptôme qui réalise, comme sans doute beaucoup d'autres, l'unité de pathogénie, sous la multiplicité étiologique ».

Telle est, brièvement résumée, la très intéressante théorie de l'origine dentaire de la pelade qui, par l'explication qu'elle a donnée de la pathogénie de certains cas, et les résultats thérapeutiques publiés par M. Jacquet lui-même, a paru si séduisante qu'on en a oublié souvent les autres points de départ réflexes et que, pour beaucoup, origine trophonévrotique de la pelade équivaut à origine dentaire.

CHAPITRE II

I

La théorie que nous venons d'exposer a donné lieu à de nombreuses discussions depuis 1900. Nous avons donné, dans notre premier chapitre, les arguments des deux principales théories. Nous n'avons pas à faire ici l'historique des dernières controverses de 1908 et 1909 dont la « Clinique » a été le théâtre.

Sans doute, la doctrine parasitaire a considérablement reculé, mais ses partisans l'ont défendue et la défendent encore âprement. D'autre part, parmi ceux-là même qui ont favorablement accueilli la théorie trophonévrotique, il y en a qui attendent de nouvelles preuves pour admettre, sans conteste, l'origine gingivodentaire de la pelade, tout en reconnaissant l'authenticité de certains cas. C'est l'opinion de M. Sicard ; c'est celle de Sabouraud qui demande de nouvelles recherches, mais qui rend hommage au travail considérable de M. Jacquet, à la précision de ses observations et à la logique de ses déductions.

Nous avons suivi les différentes phases de la lutte entre partisans de la théorie parasitaire et partisans de la théorie trophonévrotique avec d'autant plus d'intérêt que, depuis plus de deux ans, nous assistons très régulièrement aux consultations dentaires de l'hôpital Saint-

François-d'Assise et, depuis trois mois, parallèlement, à celles de l'hôpital civil de la Croix-Rousse. D'autre part, nous avons suivi pendant deux semestres les consultations de dermatologie et de maladies vénériennes de l'Antiquaille.

C'est dans ces conditions que nous avons cherché à nous faire une opinion. Pour cela, nous avons étudié l'état de la dentition comparé chez les peladiques et chez des malades quelconques et, d'autre part, nous avons recherché le nombre de cas de pelade chez les malades des consultations dentaires et chez ceux des consultations d'autres maladies.

Si les lésions gingivo-dentaires forment un appoint considérable dans la genèse de la pelade, nous devons fatalement arriver à trouver, d'une part, ces mêmes lésions plus nombreuses ou avec des caractères plus aigus chez les peladiques ; de l'autre, un nombre de pelades plus considérable chez les malades des consultations dentaires que chez les autres.

Nous ne recherchons nullement à nier la pelade d'origine dentaire, nous croyons qu'elle existe ; les observations si précises de l'auteur lui-même de la théorie sont là pour le prouver, mais quelle fréquence faut-il lui attribuer ? Le mieux est de nous en rapporter à nos statistiques, malheureusement trop réduites, et par le cadre de cet ouvrage, et par le temps qui nous a été laissé pour poursuivre ce travail.

Nos observations sont forcément très courtes, car il nous aurait fallu une place considérable pour les relater en entier ; nous nous sommes borné à indiquer seulement les points essentiels, âge, profession, diagnostic,

pour consacrer un peu plus de temps aux cas de pelade et aux descriptions des lésions gingivo-dentaires. Il s'ensuit une certaine aridité, difficile à séparer de toute statistique.

II

Nous commençons par exposer nos examens de la dentition chez 25 peladiques.

Les 20 premières observations de chaque série ont été recueillies, à la clinique dermatologique de l'Antiquaille, par mon excellent ami Laurent, interne des Hôpitaux. (Les sexes et professions font défaut.)

30 ans. — Deux plaques de pelade sur le sommet de la tête ayant débuté il y a quatre ans.

La 2^e molaire droite supérieure présente une carie sans phénomènes douloureux.

25 ans. — Deux plaques de pelade au niveau de la nuque.

La 1^{re} grosse molaire droite est cariée, trois grosses dents cariées et douloureuses ont été enlevées il y a six ans.

18 ans. — Pelade décalvante occupant la presque totalité du cuir chevelu.

Névralgies avant la pelade. Trois dents plombées, les autres en bon état.

26 ans. — Petite plaque de la nuque.

Excellente dentition, n'a jamais souffert des dents.

41 ans. — A une douzaine de plaques disséminées sur le sommet de la tête.

Excellente dentition, aucun phénomène névralgique.

15 ans. — Nombreuses plaques sur la tête et la nuque.

Excellente dentition, aucune névralgie.

22 ans. — Deux plaques du cuir chevelu, deux plaques de la barbe,

Avulsion d'une molaire il y a deux ans. Pas de névralgie.

39 ans. — Une plaque de pelade sur la nuque. Avulsion de deux dents il y a deux ans; les dents restantes sont en bon état.

4 ans. — Nombreuses plaques de pelade sur la tête. 1^{re} molaire supérieure droite cariée.

29 ans. — Nombreuses plaques de pelade sur la tête, la barbe et la moustache. Début, il y a huit ans.

Excellente dentition, pas de névralgie.

6 ans. — Deux larges plaques pariétales. Une molaire droite cariée, névralgies depuis deux mois.

46 ans. — Une plaque de pelade, la troisième depuis huit ans. Les molaires sont cariées. Douleurs fréquentes, un dentier remplace les canines, les incisives et les prémolaires.

45 ans. — A la pelade depuis vingt ans. A souffert beaucoup des dents, mais n'en a plus. Porte un dentier complet.

21 ans. — A la pelade sur les régions frontale et pariétale gauche depuis six mois.

A souffert des dents il y a cinq ans deux dents cariées; furent obstruées, les autres sont en bon état.

7 ans. — Large plaque de pelade sur le sommet de la tête. Pas de douleur dentaire. Un point de carie sur une molaire.

8 ans 1/2. — Deux plaques de pelade sur la nuque. Une molaire cariée à droite. Une prémolaire inférieure, à gauche; douleurs dentaires.

14 ans. — Pelade très étendue presque généralisée. Aucune névralgie. Excellente dentition.

12 ans. — 3 plaques sur le vertex. Nombreuses dents cariées. Malgré leur avulsion, l'état est stationnaire quatre mois après.

6 ans. — Pelade ophiasique, 1^{re} molaire inférieure droite

cariée; 1^{re} molaire gauche inférieure cariée. Douleurs névralgiques.

27 ans. — Une plaque à la nuque.

Carie de deux molaires. Névralgies. Plombages et avulsions. Guérison en trois mois par le traitement habituel.

Charles M..., 32 ans, très bien portant, a présenté à deux ans d'intervalle, chaque fois à la suite d'une névralgie dentaire, ayant duré quatre à cinq jours, une plaque de pelade large comme une pièce de 1 franc survenue dans les huit jours qui ont suivi la névralgie et cela les deux fois. Cette pelade a duré un mois environ et a cessé devant un traitement à la teinture d'iode.

Au point de vue dentaire, on note une carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire supérieure droite.

(Cette observation est due à l'obligeance de M. le D^r Jambon, chef de clinique à la Faculté.)

Marie-Louise B..., 15 ans, dévideuse. Cette malade figure dans une de nos statistiques suivantes. Elle présente sur la tempe droite une plaque de pelade marginale, ovale, de 3 centimètres sur 2 environ, légèrement excavée, parsemée de poils follets. La malade déclare avoir cette plaque depuis fort longtemps (elle ne peut fixer de date) et n'avoir fait aucun traitement.

Au point de vue dentaire, cette malade présente une légère carie de la 1^{re} molaire inférieure gauche, sur la face triturante et une tache sur la 2^e molaire inférieure droite. Les autres dents sont en bon état.

Au cou, on note un paquet ganglionnaire sous-maxillaire droit.

Jean N..., 35 ans, gardien de la paix. Le malade a eu sa première atteinte de pelade, il y a quatre ans, dans la région mentonnière gauche. Quelque temps avant, il avait souffert de névralgies dentaires mises sur le compte de la canine inférieure gauche et avait fait enlever cette dent. Ce n'est qu'après l'avulsion que la pelade s'est déclarée. Cette

plaque a duré trois mois. En outre, le malade raconte que, huit jours après, son collègue qui le remplaçait dans le même lit, prit au même point mentonnier une plaque de pelade.

Au mois de janvier 1909, le malade reçoit une balle de revolver dans la région sous-maxillaire du côté droit. Cette balle ressort par la région jugale après avoir lésé le maxillaire. Depuis dix jours, dans la région mentonnière sous-labiale droite, en un point symétrique à la première plaque, apparaît une nouvelle petite plaque de la surface d'une pièce de 50 centimes. Pas de névralgies dentaires depuis quatre ans. Mais au maxillaire supérieur, et des deux côtés, on trouve les racines découronnées des molaires.

Julien D..., 9 ans, vient à la consultation pour la gale. Présente dans la région rétro-auriculaire droite deux plaques de pelade en voie de dépilation. Les cheveux viennent très facilement quand on les arrache. La plaque antéro-externe est arrondie et a des dimensions un peu supérieures à celles d'une pièce de 1 franc. La deuxième plaque située plus près de la ligne médiane et de la nuque, a à peu près les mêmes dimensions.

La mère déclare ne s'être aperçue de l'apparition des plaques que depuis deux jours.

Au point de vue dentaire, le petit malade présente une carie pénétrante des premières molaires supérieures de chaque côté avec abcès également de chaque côté.

Depuis quinze jours environ, l'enfant souffrait de violentes névralgies à droite.

Claude-Joseph P..., sergent au 99^e de ligne. (Nous devons à l'obligeance de M. le médecin-major Venin, d'avoir pu examiner ce malade dans son service de l'Hôpital Desgenette).

Fin août 1908, plaque de pelade dans la région pariétale gauche ayant la largeur d'une pièce de 2 francs. Guérie en trois semaines. Le malade se rappelle avoir eu à ce moment

un abcès dentaire à la gencive supérieure gauche, mais ne peut préciser la dent, cause du mal.

Au mois de janvier 1909, débute une plaque de pelade de la largeur d'une pièce de 50 centimes à la nuque, au-dessous de la protubérance occipitale externe. Cette plaque s'est accrue considérablement et présente actuellement une forme triangulaire mesurant 11 centimètres de base et 7 de hauteur. Deux mois après l'apparition de la première plaque, seconde plaque à la place même de celle qu'il eut la première fois. Celle-ci mesure 8 centimètres de longueur sur 7 de hauteur. Entre les deux se voit une petite plaque de la grosseur d'une lentille.

Actuellement les plaques sont couvertes de poils incolores de repousse à leur centre. Les téguments se plissent très facilement.

L'apparition de la 1^{re} plaque avait été précédée de violentes névralgies faciales.

Fin janvier, sur les conseils qu'on lui avait donnés, le malade alla chez un dentiste. Ce dernier procéda à trois extractions. Malheureusement, le malade n'a pu nous dire quelles elles étaient; il semble, cependant, que ce soient la 1^{re} molaire supérieure gauche et les 2 prémolaires inférieures droites. A la suite, la pelade nuchale régressa quelque peu, mais nouvelles névralgies à gauche et apparition de la 2^e plaque et nouvel accroissement de la 1^{re}.

Actuellement, ce malade présente au point de vue dentaire : au maxillaire supérieur, à droite, une carie du 2^e degré sur l'incisive latérale, la canine et la 2^e molaire, l'absence de la 1^{re} prémolaire et de la 1^{re} molaire; à gauche, l'absence de la 1^{re} molaire et une carie au 2^e degré de la 2^e molaire.

Au maxillaire inférieur, à droite, l'absence des deux prémolaires et une carie du 2^e degré sur les deux 1^{res} molaires; à gauche, la racine de la 2^e prémolaire, une carie du 2^e degré sur la 1^{re} molaire et l'absence de la 2^e.

Ce malade présente donc actuellement sept caries du 2^e de-

gré, dont deux seulement à gauche, siège maxima des lésions périodiques.

III

Examinons maintenant la dentition chez 25 malades atteints d'affections quelconques. Ce sont des malades venant à la consultation de l'Antiquaille.

47 ans. — Chancre syphilitique, très mauvaise dentition, névralgies fréquentes.

19 ans. — Psoriasis. Pas de névralgies. Deux molaires cariées.

19 ans. — Eczéma. Névralgies il y a deux mois, 2 molaires cariées.

31 ans. — Chancre syphilitique. A eu des névralgies dans son jeune âge. 3 molaires cariées.

22 ans. — Chancres mous. Névralgies. Nombreuses dents cariées.

44 ans. — Plus de dents. A eu le scorbut à Madagascar.

21 ans. — Impétigo. Souffre très souvent des dents. 4 dents cariées.

23 ans. — Excellente dentition. Pas de névralgie.

32 ans. — Papillomes. Névralgies fréquentes. Toutes les molaires supérieures sont cariées.

25 ans. — Phimosis. Excellente dentition.

32 ans. — Chancres mous. Névralgies fréquentes. 3 molaires cariées.

24 ans. — Ichtyose. 6 dents cariées. Névralgies fréquentes à vingt ans.

12 ans. — Prurigo. Névralgies. Molaires inférieures cariées.

10 ans. — Prurigo. Névralgies. 4 dents cariées.

8 ans. — Gale. Pas de névralgie. 1 molaire légèrement cariées.

19 ans. — Gale. Excellente dentition.

46 ans. — Eczéma. Névralgies autrefois. A un dentier.

39 ans. — Psoriasis. Bonne dentition.

8 ans. — Impétigo. 1 dent légèrement cariée. Pas de douleur.

10 ans. — Ichtyose. Excellente dentition.

35 ans. — Gomme de la verge. Au maxillaire supérieure, racines de la 1^{re} molaire de chaque côté. Au maxillaire inférieur, racine de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la 2^e molaire, à droite ; à gauche, absence de la 1^{re} molaire et carie du 3^e degré de la dent de sagesse.

23 ans. — Blennorrhagie. Au maxillaire supérieur, absence de la 1^{re} molaire gauche, racines de la 2^e prémolaire et de la 1^{re} molaire droite, carie du 2^e degré de la 2^e molaire droite. Au maxillaire inférieur, absence de la 1^{re} molaire gauche.

22 ans. — Gale. Au maxillaire supérieur, caries du 2^e degré sur les 1^{res} molaires de chaque côté et sur les 2 prémolaires droites. Au maxillaire inférieur, caries du 2^e degré sur les 2 1^{res} molaires de chaque côté. Dent de sagesse de chaque côté encore encapuchonnées et causant de l'irritation.

6 ans. — Syphilis acquise. Caries du 4^e degré de toutes les molaires.

20 ans. — Eczéma. N'a qu'une dent de sagesse supérieure gauche. Caries du 2^e degré de la 1^{re} molaire supérieure droite et de la 2^e molaire supérieure gauche. Au maxillaire inférieur, caries du 3^e degré des 2 1^{res} molaires droite et gauche.

Si maintenant, nous comparons, en les résumant, ces deux statistiques, nous avons 1^o d'une part :

Cinq peladiques dont la dentition est en bon état ; quatre peladiques ont une mauvaise dentition, mais elle a été soignée et la pelade évolue.

Douze ont enfin des douleurs dentaires ou une mauvaise dentition.

Notons en passant que trois avaient de quatorze à dix-neuf ans, âge de l'entr'acte dentaire de Jacquet.

2° D'autre part, parmi nos malades non peladiques, cinq ont une bonne dentition.

Vingt ont des caries plus ou moins nombreuses et en évolution. Parmi ces derniers, trois ont des dents plombées.

Les résultats fournis par cette statistique, corroborent ceux que Patte a obtenus dans des conditions similaires.

Nous regrettons que beaucoup de nos observations ne soient pas assez précises au point de vue de la topographie des plaques de pelade et de leur corrélation avec telle ou telle lésion dentaire. Mais cela n'était pas absolument nécessaire, croyons-nous, à notre sujet, qui n'était pas de combattre, ni de confirmer les théories de M. Jacquet. Nous voulions simplement nous rendre compte de l'état général des dents comparé chez les peladiques et chez les autres malades. En d'autres termes, vérifier son critérium chronologique.

Par cette comparaison, portant sur un nombre trop restreint de cas, nous trouvons que l'état des dents est aussi mauvais chez les non-peladiques que chez les peladiques, et nous en déduisons, au point de vue pratique, que les uns et les autres ne peuvent que gagner à faire remettre leur bouche en état. Ceux chez qui la

lésion dentaire a joué le rôle d'épine irritative peladogène y risqueront leur guérison. Mais précisément, pourquoi chez des individus aussi comparables entre eux que ceux d'une consultation hospitalière quant au milieu, aux moyens d'existence, et disons-le aussi, comparables souvent par la même misère physiologique et les mêmes atteintes pathologiques, tuberculose et alcoolisme surtout, pourquoi, chez certains d'entre eux, la lésion dentaire donnera-t-elle un trouble trophique tel que la pelade et que, chez d'autres, elle ne se manifestera que par ses symptômes habituels ?

M. Jacquet l'a reconnu, et dans la statistique qu'il indique, il ne trouve sur 200 observations que 27 cas de pelade succédant à des troubles gingivo-dentaires. C'est, en somme, peu, car cela ne représente qu'un peu plus du huitième des cas observés.

IV

Nous voulons procéder à une sorte de contre-épreuve, rechercher le nombre de cas de pelade sur 100 malades des consultations dentaires, en exposant l'état de la bouche de ceux-ci avec toutes leurs lésions, et sur 100 malades d'autres consultations. Pour ces derniers, nous avons examiné plus particulièrement des malades d'ophtalmologie et, en même temps, des malades d'une consultation des maladies de la gorge et des oreilles. Nous y joignons l'examen d'un service d'enfants, de façon à faire porter nos recherches sur les deux âges optimum de la pelade.

Les malades des consultations dentaires que nous

avons examinés sont venus à nous à l'occasion d'une crise aiguë, cela est vrai, alors qu'il faut au moins huit à dix jours pour que le trouble se produise. Nous venons au-devant de cette objection possible en disant que, la plupart du temps pour ne pas dire toujours, les patients avaient un passé dentaire et que, questionnés au point de vue de l'apparition d'une plaque de pelade, ou même d'une simple dépilation diffuse ancienne, ils ne nous ont jamais répondu affirmativement. Les mêmes questions ont été posées aux autres malades et, quand nous l'avons pu, à leur entourage.

Nous allons commencer notre statistique par l'examen des petits malades de M. le Dr Chatin, médecin des Hôpitaux, qui a bien voulu autoriser nos recherches dans son service.

Jean-Louis G..., 11 ans. — Fièvre typhoïde. Pas de pelade.

Pierre R..., 13 ans. — Fièvre typhoïde. Rechute. Pas de pelade.

Louis D..., 12 ans. — Toux, fièvre légère. Mauvais état général. Pas de pelade.

Louis-Joseph C..., 13 ans. — Hystérique. Paralysie et contracture des membres inférieurs. Pas de pelade.

Emile R..., chorée de Sydenhan, 9 ans. — Pas de pelade.

Louis C..., 11 ans. — Mauvais état général. Poussées conjonctives fugaces à la basé gauche. Pas de pelade.

Eugène B..., 13 ans. — Hérédo-syphilis. Hémiplégie gauche passagère survenant à la suite de crises, dont le début se manifeste par une violente céphalée et de l'embaras de la parole. Pas de pelade.

Louis B..., 9 ans. — Attend son départ pour Gien. Pas de pelade.

Antoine B..., 10 ans. — Toux. Attend son départ pour Gien. Il a été impossible d'avoir des renseignements sur lui. Plaque cicatricielle de la région occipitale. Pas de pelade.

Jean L..., 8 ans. — Inscrit pour Gien. Pas de pelade.

Marc Mercier, 8 ans. — Tuberculose. Ganglions cervicaux. Pas de pelade.

Albert D..., 8 ans. — Chorée. Pas de pelade.

Alexis A..., 12 ans. — Fièvre typhoïde. Pas de pelade.

Lucien Z..., 7 ans. — Cardiaque et choréique. Pas de pelade.

Victor P..., 7 ans. — Arrêt de développement. Rachitisme. Pas de pelade.

René D..., 13 ans. — Néphrite. Pas de pelade.

Camille R..., 14 ans. — Aveugle. Ophtalmie double du nouveau-né. Pleurésie droite. Pas de pelade.

Eugène P..., 13 ans. — Fièvre typhoïde. Pas de pelade.

Charles V..., 11 ans. — Fièvre typhoïde. Pas de pelade.

Albert R..., 14 ans. — Tœnia. Pas de pelade.

Nous présentons maintenant 12 observations de malades de la consultation de M. le professeur Lannois, qui a bien voulu s'intéresser à nos recherches.

Emmanuel C..., 41 ans, puisatier. — Vient consulter pour un polype de l'angle antérieur des cordes vocales. Pas de pelade.

Marius T..., 11 ans. — Otite survenue à la suite d'une angine. Perforation du tympan gauche. Pas de pelade.

Germain C..., 15 ans. — Névralgies faciales. Grosses amygdales. Pas de pelade.

Henri T..., 42 ans, chaudronnier. — A été soigné à la clinique dermatologique pour un eczéma généralisé. Présente encore sur le cuir chevelu des lésions en voie de guérison. Vient consulter pour de la pharyngite granuleuse. Pas de pelade.

Marie-Louise Bjénion, 15 ans, dévideuse. — Végétations adénoïdes. Vieille suppuration de l'oreille droite. Reste d'une otite nerveuse après une grippe. Névralgies à droite. Végétations adénoïdes.

Plaque de pelade marginale de la tempe droite en voie de guérison.

René D..., 15 ans, employé dans un magasin de papiers peint. — Cicatrice du cuir chevelu à gauche, région pariétale. Pas de pelade.

Jules D..., 25 ans, chaudronnier. — Vient pour de la pharyngite et une sinusite. A eu il y a trois semaines de violentes douleurs dentaires dues à la 1^{re} molaire supérieure gauche. Le dentiste consulté alors diffère l'extraction et fait un pansement provisoire à la suite duquel il se produit un œdème assez considérable de la région pariétale gauche et de la région malaire du même côté. Cet œdème est douloureux, principalement le matin, il irait en régressant. Ce malade sera à surveiller au point de vue peladique futur.

Nous avons revu ce malade quinze jours après notre premier examen. Sa dent était extraite et, à la suite de l'avulsion, il avait présenté une recrudescence des phénomènes réflexes.

Pierre F..., 7 ans. — Otite gauche. Pas de pelade.

Marius B..., 30 ans, tôlier. — Rhinite. Pas de pelade.

Rosalie B..., 22 ans. — Pharyngite. Pas de pelade.

Auguste S..., 9 ans. — Grosses amygdales. Pas de pelade.

Charles B..., 55 ans, ajusteur. — Syphilitique. Vient à la consultation pour laryngite. Pas de pelade.

Les observations qui suivent ont été prises sur des malades de la consultation de M. le professeur Rollet, qui nous a toujours reçu avec la plus grande bienveillance dans son service.

Marie G..., 22 ans, domestique. — Conjonctivite subaiguë. Petit ulcère de la cornée. Pas de pelade.

Simon M..., 78 ans, manoeuvre. — Cataracte double. Cicatrice à la tempe droite. Pas de pelade.

Berthe F..., 16 ans, sans profession. Strabisme de l'œil gauche. Pas de pelade.

Marie A..., 62 ans, ménagère. Conjonctivite chronique des deux yeux. Presbytie. Pas de pelade.

Marie B..., 34 ans, tisseuse. — Conjonctivite granuleuse. Pas de pelade.

Claudine G..., 66 ans, ménagère. — Cataracte droite. Pas de pelade.

Marie L..., 21 ans, femme de chambre. — Ulcère de la cornée gauche. Pas de pelade.

Victor R..., 76 ans, galocher. — Cataracte bilatérale. Pas de pelade.

Jules J..., 64 ans, manoeuvre. — Cataracte double. Pas de pelade.

Michel N..., 79 ans, tailleur. — Cataracte gauche. Eczéma seborrhéique du cuir chevelu. Pas de pelade.

Victor L..., 59 ans, cultivateur. — Cataracte gauche. Pas de pelade.

Pierre P..., 68 ans, journalier. — Cataracte. Pas de pelade.

Félix J. ., 16 ans, chaudronnier. — Cataracte traumatique. Pas de pelade.

Joseph S..., 65 ans, cultivateur. — Cataracte. Pas de pelade.

Pierre F..., 39 ans, manœuvre. — Cataracte traumatique. Pas de pelade.

Paul P..., 52 ans, chanteur ambulant. — Syphilitique. Iritis. Pas de pelade.

Pierre A..., 22 ans, mineur. — A été soigné à l'hôpital de l'Antiquaille pour un eczéma généralisé dont il reste quelques traces à la barbe et au cuir chevelu. Pas de pelade.

Firmin E..., 65 ans, cultivateur. — Cataracte. Pas de pelade.

Raymond L..., 42 ans, chauffeur. — Cataracte traumatique de l'œil droit. Pas de pelade.

François J..., 62 ans, ancien marin, sans profession actuellement. — Cataracte double. Pas de pelade.

Louis G..., 49 ans, menuisier. — Cataracte. Pas de pelade.

Joseph L..., 62 ans. — Cataracte droite. Pas de pelade.

Claude D..., 56 ans, cultivateur. — Iritis gauche. Pas de pelade.

Charles N..., 56 ans, concierge. — Ce malade présente sur le menton, de chaque côté de la ligne médiane, deux aires absolument glabres, de la grandeur d'une pièce d'un franc, les plaques sont très légèrement ovalaires et ne présentent pas de décoloration de la peau. On remarque deux plaques un peu plus grandes sur les joues et absolument symétriques. Le malade prétend ne jamais avoir eu de poils dans ces régions.

Etienne D..., 24 ans, terrassier. — Pas de pelade.

Magloire G..., 12 ans. — Hérédo-syphilis. Petites plaques de teigne dans les cheveux. Pas de pelade.

Ernest D..., 24 ans, teinturier. — Ophthalmie blennorrhagique des deux yeux. Pas de pelade.

Michel B..., 66 ans, peintre. — Entropion. Pas de pelade.

Marie R..., 36 ans ménagère. — Granulations anciennes des deux yeux, depuis l'âge de 14 ans.

Claudia G..., 8 ans. — Dacryocystite bacillaire. Pas de pelade.

Jeanne J..., 46 ans, ménagère. — Syphilitique. Iritis. Pas de pelade,

Jeanne P..., 21 ans, ménagère. — Kératite interstitielle bilatérale. Pas de pelade.

Marie F..., 49 ans, ménagère. — Dacryocystite de l'œil gauche et ulcère de la cornée. Pas de pelade.

Françoise D., 65 ans, buandière. — Entropion de la paupière supérieure droite. Pas de pelade.

Marie B..., sans profession. — Sourde-muette. Forte myopie. Ptérygion de l'œil gauche. Pas de pelade.

Emilienne C..., 11 ans. — Dacryocystite bacillaire double. Pas de pelade.

A. N..., 23 ans, Missionnaire. — Myopie forte. Pas de pelade.

Marie C..., 68 ans, ménagère. — Début de cataracte des deux yeux. Pas de pelade.

Marie G..., 32 ans, ménagère. — Phtisie pulmonaire. Myopie. Pas de pelade.

Mariette C..., 17 ans, couturière. — Myopie. Pas de pelade.

Antoine B..., 12 ans 1 2. — Myopie. Pas de pelade.

Joseph B..., 18 ans, sans profession. — Blépharite des deux yeux. Kératite phlycténulaire de l'œil droit. Plaque cicatricielle de la région temporale droite. Pas de pelade.

Julia J..., 22 ans, ménagère. — Petit chalazion de la paupière supérieure droite. Pas de pelade.

Louis B..., 59 ans. — Piqure de l'œil. Ulcère à hypopion dacryocystite. Pas de pelade.

Dominique D..., 27 ans, mécanicien. — Ulcère de l'estomac. Hémorragie rétinienne. Pas de pelade.

Henri L..., 52 ans, corroyeur. — Ulcère serpiginieux de l'œil droit. Pas de pelade.

Marie M..., 48 ans, ménagère. — Dacryocystite du côté droit. Pas de pelade.

Joseph B..., 6 ans. — Kératite phlycténulaire O. G. Pas de pelade.

Francine M..., 13 ans. — Kératite et leucome de l'œil droit. Pas de pelade.

Marie D..., 50 ans, ménagère. — Presbytie. Pas de pelade.

Hélène B..., 14 ans 1/2. — Myopie. Pas de pelade.

Jean R..., 69 ans. — Début de cataracte des deux yeux. Pas de pelade.

Jean P..., 68 ans, gendarme retraité. — Conjonctivite chronique. Ectopion de l'œil droit. Pas de pelade.

Antonin G..., 12 ans. — Leucome cornéen central. Pas de pelade.

Martin G..., 67 ans, peintre de voitures. Saturnin. Vision nulle de l'œil droit. Accidents d'origine très probablement saturnine. Pas de pelade.

Félix M..., 7 ans. — Kératite phlycténulaire de l'œil droit. Pas de pelade.

Antoinette A..., 62 ans, lingère. — Début de cataracte des deux yeux. Pas de pelade.

Jeanne D..., 60 ans, ménagère. — Presbyte. Pas de pelade.

Jeanne R..., 5 ans. — Kératite phlycténulaire. Pas de pelade.

Léontine C..., 18 ans, bouillonneuse. — Hypermétropie. Pas de pelade.

Georgette D..., 10 ans. — Kératite interstitielle double. Pas de pelade.

Henri R..., 16 ans. — Cataracte congénitale bilatérale. Pas de pelade.

Marie L..., 60 ans, coiffeuse. — Leucome. Début de cataracte. Pas de pelade.

Louis C..., 40 ans, tôleier. — Corps étranger de la cornée. Pas de pelade.

François G..., 73 ans, verrier. — Cataracte gauche. Pas de pelade.

Marie B..., 52 ans, ménagère. — Diminution de la vision de près. Pas de pelade.

Paul P..., 34 ans, serrurier. — Corps étranger de la cornée. Pas de pelade.

Louise J..., 32 ans, religieuse. — Ulcère de la cornée. Pas de pelade.

Emilienne G..., 8 ans. — Kératite limbique. Pas de pelade.

Céline B..., 49 ans, ménagère. — Tumeur de la glande lacrymale. Pas de pelade.

Sur les 100 malades dont nous venons de résumer les observations, nous n'avons qu'un cas de pelade, celui que nous avons relevé à la consultation de M. le professeur Lannois ; nous avons vu un cas curieux, celui de ce malade dont le traitement dentaire a développé un œdème douloureux, siégeant à la moitié du crâne correspondant à la lésion ; enfin, nous avons noté, dans le service de M. le professeur Rollet, un cas d'agénésie pileaire symétrique de la barbe.

Nous avons, cela va sans dire, trouvé souvent des cicatrices de traumatismes plus ou moins considérables et que certains nous ont présentées comme pelade; enfin, nous avons trouvé d'autres lésions du cuir chevelu, impétigo, eczéma.

On pourra nous reprocher d'avoir fait figurer dans notre statistique des vieillards qui sont, en général, immunisés, si je puis m'exprimer ainsi, contre la pelade. Cependant, chez eux, les lésions dentaires sont toujours en évolution; la plupart ont de nombreux chicots causant de l'irritation gingivale et, enfin, le maxillaire se résorbe, amenant une certaine perturbation dans leur système gingivo-dentaire. Comment se fait-il qu'ils ne contractent pas la pelade, au moins aussi souvent que les autres? Ajoutons que nous les avons également questionnés sur leur passé peladique possible, et cela, d'ailleurs, sans résultat.

Nous nous sommes adressé de préférence à des services de maladies des yeux et de la gorge, parce que (cela est démontré pour la gorge), il pouvait aussi y avoir une relation pathologique entre les yeux, les oreilles, le nez, la gorge et les différentes régions peladophores.

V

Voyons maintenant les malades de nos consultations dentaires. L'énumération sera évidemment fastidieuse, mais on verra que, même avec un nombre de lésions dentaires considérables, on n'obtiendra pas la pelade.

Nos observations ont été prises à la consultation de

M. le Dr Teiller, à la Charité, et à celle de M. le Dr Caillon, à la Croix-Rousse. Nous les remercions tous deux, ici, bien sincèrement, pour l'intérêt qu'ils nous ont témoigné. Nous devons, en outre, à M. Caillon, un certain nombre d'observations de même nature, prises parallèlement aux nôtres, à son cabinet.

Nous avons noté, également, tous les cas qui se sont présentés, quel qu'en fût l'âge et le sexe, nous est, fait mention de l'absence des dents, parce qu'elle avons en général, en rapport avec une crise aiguë antérieure.

Florentine A..., 24 ans, ménagère. — Scarlatine à quinze ans. Névralgies à droite, depuis longtemps. 1^{re} et 2^e prémolaires supérieures gauche découronnées. Pas de pelade.

Antoine M..., 10 ans 1/2. — Gueule de loup, 1^{re} molaire supérieure droite découronnée presque complètement, dent de six ans inférieure droite dans le même état. Pas de pelade.

Emilie T..., 15 ans, couturière. — Angine. Otalgie droite. On extrait la 1^{re} molaire inférieure droite. A l'examen de la bouche, on trouve une carie du 3^e degré à la 1^{re} molaire inférieure gauche; même lésion à la 1^{re} et à la 2^e molaire supérieure gauche. Carie du 2^e degré à la canine supérieure droite. Pas de pelade.

Louise M..., 12 ans. — Carie de la 2^e molaire supérieure droite que l'on extrait. Pas de pelade.

Veuve S... — Névralgie à droite depuis trois semaines environ. La 2^e molaire inférieure droite a été enlevée. Carie de la 1^{re} et 2^e prémolaire inférieure droite. 2^e molaire et dent de sagesse inférieure gauche découronnée.

Hippolyte B..., 11 ans. — Très nerveux. Périodontite en

rapport avec les molaires de lait que l'on enlève à droite et en haut. Les deux dents de six ans du bas sont en mauvais état. Pas de pelade.

Bernard L..., 8 ans. — Carie du 2^e degré des molaires supérieures gauche et droite. Pas de pelade.

Alphonsine L..., 10 ans 1/2, sœur du précédent. — Carie de la canine inférieure gauche. Pas de pelade.

Francis T..., 8 ans. — Carie de la première molaire inférieure gauche, carie des 1^{res} molaires supérieures droite et gauche. Pas de pelade.

Berthe S..., 13 ans. — Extraction antérieure des deux incisives latérales supérieures. On enlève la dent de six ans inférieure gauche qui présente une anomalie de trois racines et la 1^{re} molaire supérieure gauche en très mauvais état. Pas de pelade.

Augustine B..., 22 ans, employée. — Névralgies à droite. Otalgie du même côté. Carie du 3^e degré de la 2^e molaire inférieure droite et racine de la 2^e prémolaire supérieure du même côté. Cicatrice du cuir chevelu à la région temporale droite. Pas de pelade. La 2^e prémolaire et la 1^{re} molaire supérieure droite ont été enlevées précédemment.

Julia D..., 20 ans, employée. — Carie de la 1^{re} molaire inférieure gauche, de la 2^e prémolaire et de la 1^{re} molaire inférieure droite. A la mâchoire supérieure, carie de la 2^e prémolaire droite et racine de la 1^{re} prémolaire du même côté.

Mme L..., 47 ans. — Présente au maxillaire supérieur, à droite, carie du 3^e degré de la 2^e molaire et absence des deux prémolaires ; à gauche, l'absence de la 2^e prémolaire et des deux premières molaires. Au maxillaire inférieur à gauche, une carie du 3^e degré de la dent de sagesse et l'absence de la canine ; rien au côté droit.

Ce malade a de la stomatite ulcéro-membraneuse.

M. C..., 6 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite,

carie du 4^e degré des deux molaires de lait ; rien à gauche. Au maxillaire inférieur, à droite et à gauche, carie du 4^e degré des deux molaires.

M^{me} L..., 38 ans. — Syphilitique. Peu de cheveux. Au maxillaire supérieur, absence de la dent de sagesse, de la 1^{re} prémolaire et de la canine à droite ; à gauche, absence des deux incisives et des deux prémolaires. Au maxillaire inférieur, absence de la 1^{re} prémolaire et carie du 2^e degré de la 1^{re} prémolaire à gauche. A droite, absence des deux prémolaires et des molaires.

Marie-Louise V..., 16 ans, lingère. — Carie du 3^e degré sur la 1^{re} molaire supérieure droite, racine de la 1^{re} molaire supérieure gauche et carie de la 2^e prémolaire supérieure du même côté. Carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire inférieure droite, et racines de la 2^e prémolaire. La dent de six ans du côté gauche est absente. Les incisives supérieures latérales sont naines. Les molaires supérieures présentent des cuspidés en gâteaux de miel. Pas de pelade.

Elisa R..., 26 ans, domestique, hospitalisée à l'hôpital de la Croix-Rousse pour rhumatisme. — En haut et à droite, caries pénétrantes de la dent de six ans et de la 2^e prémolaire. Racine de la canine avec une fistule. A gauche, 1^{re} et 2^e molaires absentes, racine de l'incisive latérale. En bas et à gauche, racines de la 1^{re} et 2^e molaire. A droite, même lésion. Pas de pelade.

Jules P..., 41 ans, commissionnaire. — Ce malade a de la pyorrhée. En haut et à gauche, carie du 2^e degré sur la dent de sagesse, du 3^e sur la 2^e molaire, absence de la 1^{re} molaire. En haut et à droite, carie du 2^e degré de l'incisive centrale. Les trois molaires sont absentes. En bas et à droite, la 1^{re} molaire et la 2^e prémolaire sont absentes, ainsi que du côté opposé. Pas de pelade.

Joséphine R..., 54 ans, ménagère. — Cette malade est complètement édentée, il ne lui reste que ses deux incisives

médianes inférieures et l'incisive médiane supérieure droite. Pas de pelade.

Victor B..., 47 ans, manoeuvre. En bas et à gauche, carie pénétrante de la dent de six ans. Il ne reste que les racines des molaires du côté opposé. En haut et à gauche, il ne reste que des racines; à droite, racines des 1^{re} et 2^e molaires. Les autres dents manquent. Pas de pelade.

Antoinette P..., 17 ans 1/2, cuisinière. — Les dents du haut sont saines. En bas et à gauche, carie du 2^e degré de la dent de six ans, racines des deux prémolaires. A droite, carie du 2^e degré sur la 2^e molaire et du 3^e degré sur la 2^e prémolaire. Pas de pelade.

Marie-Louise M..., 53 ans, tisseuse. — En haut et à droite, absence des deux prémolaires et des trois molaires. A gauche, les deux prémolaires et la 1^{re} molaire sont absentes ainsi que l'incisive latérale. En bas, à droite, la canine, les deux prémolaires, la 1^{re} molaire et la dent de sagesse sont absentes. A gauche, absence de la 2^e prémolaire et des deux molaires. Carie du 2^e degré de la dent de sagesse. Pas de pelade.

Joseph B..., 60 ans, tulliste. — En haut et à gauche, la canine, les prémolaires et les molaires sont absentes; à droite, racine de l'incisive centrale, carie pénétrante de l'incisive latérale, carie du 2^e degré de la canine, prémolaires et molaires absentes. En bas et à droite, prémolaires et molaires absentes. A gauche, carie pénétrante des deux prémolaires. Molaires presque entièrement découronnées. Pas de pelade.

Thérèse C..., 36 ans, tulliste. — En haut et à gauche, absence de la canine, des prémolaires et des deux molaires. A droite, absence de la canine et des deux prémolaires, carie du 3^e degré des trois molaires. En bas et à droite, absence de la 1^{re} molaire, racines de la 2^e molaire et de la dent de sagesse. A gauche, absence de la 1^{re} prémolaire et

des deux molaires, racine de la dent de sagesse et carie du 3^e degré de la 2^e prémolaire. Pas de pelade.

Henri P..., 17 ans, cordonnier. — Souffre de violentes névralgies. En haut et à gauche, carie du 3^e degré sur la 2^e molaire. A droite, carie du 2^e degré sur la dent homologue. En bas, carie du 2^e degré sur la 2^e molaire, du 4^e degré sur la 1^{re} molaire. A gauche, carie pénétrante de la 1^{re} molaire. Pas de pelade. La malade a de grosses amygdales. Sur le cuir chevelu, cicatrice à la tempe gauche. Pas de pelade.

Catherine B..., 36 ans, tisseuse. — Forte névralgie à gauche. En haut et à gauche, racine de la dent de sagesse et de l'incisive latérale. Carie du 3^e degré sur la 1^{re} et la 2^e molaire. A droite, carie du 2^e degré sur la 2^e molaire. En bas, à gauche, absence de la dent de sagesse, racine de la 2^e molaire. A droite, absence de la dent de sagesse et de la dent de douze ans. Carie pénétrante de la 1^{re} prémolaire. Pas de pelade.

Clémentine M..., 21 ans, guimprière. — Maxillaire supérieur à droite, racine de la 1^{re} prémolaire ayant occasionné un abcès, 1^{re} molaire absente, carie du 2^e degré de l'incisive latérale. Rien à gauche. Au maxillaire inférieur, à gauche, carie du 2^e degré de la 2^e molaire et racine de la 1^{re} molaire. A droite, racine de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la 2^e molaire.

La malade a éprouvé de violentes névralgies faciales droites, il y a deux mois, à la suite de quoi elle a présenté une dépilation diffuse sans plaque nette du même côté.

V. C..., 72 ans, sans profession. — Maxillaire supérieur gauche, absence des 2 prémolaires, racines de l'incisive latérale; maxillaire supérieur droit, canine absente, 2 prémolaires absentes ainsi que la 1^{re} molaire, carie du 3^e degré sur la 2^e molaire. Sur le maxillaire inférieur, à droite les 2 molaires sont absentes; à gauche la

1^{re} molaire présente une carie du 4^e degré. Cette malade a de la pyorrhée. Pas de pelade.

Joannès B..., 9 ans. — Sur le maxillaire inférieur, des deux côtés, les canines et les molaires de lait ont une carie du 3^e degré. Au maxillaire supérieur existent les mêmes lésions. En plus de cela, deux abcès et pas de pelade.

Louis L..., 15 ans, apprenti. — Au maxillaire supérieur, à droite carie du 3^e degré sur la 1^{re} molaire, à gauche la dent homologue est absente. Au maxillaire inférieur, carie du 3^e degré sur la 1^{re} molaire, gauche, carie du 2^e degré sur la 1^{re} molaire droite. Tartre en abondance. Pas de pelade.

Marie Z..., 42 ans, couturière. — Au maxillaire supérieur, à droite, toutes les dents sont absentes, à gauche, carie du 4^e degré de l'incisive centrale, racine de la latérale, absence des autres dents. En bas, à gauche, absence des 2 molaires, à droite, absence de la 1^{re} molaire, pas de pelade.

L..., 42 ans. — Il ne reste plus à cette malade au maxillaire supérieur que la canine droite, et au maxillaire inférieur les deux incisives médianes et la canine droite. Le reste a été enlevé à l'état de racines. Cette malade perd ses cheveux.

M..., 68 ans. — Maxillaire supérieur, absence de la 2^e molaire et des 2 prémolaires, carie du 3^e degré de la canine droite; à gauche, absence des deux dernières molaires. Au maxillaire inférieur, absence de la 1^{re} molaire, à gauche, et carie du 3^e degré de la 2^e molaire; à droite, absence des 2 prémolaires. Pas de pelade.

G..., 19 ans. — Présente au maxillaire supérieur une carie du 2^e degré de la 2^e molaire supérieure droite et au maxillaire inférieur une carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire gauche. Pas de pelade.

M. O..., 30 ans. — Pas de lésions au maxillaire supérieur. Au maxillaire inférieur, à gauche, 2^e degré de la

1^{re} molaire, et périostite de la 2^e molaire; à droite, 2^e degré de la 2^e molaire.

M. H..., 35 ans. — Sinusite aiguë à droite depuis deux mois. Au maxillaire supérieur, absence des dents jusqu'à la 1^{re} prémolaire, absence de la canine et de l'incisive latérale; à gauche, absence de la canine, de la 1^{re} prémolaire et des deux dernières molaires. Pas de lésion au maxillaire inférieur.

La malade déclare que depuis quelque temps ses cheveux ont blanchi sur la tempe droite. Assertion vraie d'ailleurs.

G..., 52 ans. — En haut toutes les dents en bon état. Au maxillaire inférieur, carie du 4^e degré de la 1^{re} molaire, carie du 2^e degré de la 1^{re} prémolaire; à droite, absence de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la 2^e molaire.

G..., 26 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire; à gauche, carie du 4^e degré sur la 2^e prémolaire et du 2^e degré sur la 1^{re} molaire. Bon état des dents au maxillaire inférieur.

M..., 32 ans. — Absence de la 1^{re} prémolaire, 2^e degré de la 2^e molaire supérieure gauche. Pas d'autres lésions dentaires. Est porteur d'une ulcération de la joue non définie, mais ressemblant à de la leucoplasie.

M. T..., 46 ans. — Névralgies violentes depuis cinq à six semaines, peu de cheveux. Ceux-ci sont tombés dans la même période que les dents, mais sans plaques définies; il ne reste au maxillaire supérieur que la canine. Au maxillaire inférieur, il reste, à droite, l'incisive centrale; à gauche, les 2 incisives, la canine et la 1^{re} prémolaire.

M. E..., 40 ans. — Au maxillaire supérieur, rien à droite; à gauche, carie du 3^e degré sur la 1^{re} molaire, absence de la dent de sagesse. Au maxillaire inférieur, racine de la 2^e prémolaire, carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire et absence de la 2^e molaire.

M. B..., 29 ans. — N'a plus aucune dent; elles ont été

extraites il y a deux ans. L'appareil qu'elle porte la blesse à droite dans le sillon gingivo-jugal supérieur et à la succion, donnant lieu à d'énormes granulations, vulgairement appelées *maladie du caoutchouc* en art dentaire.

L..., 44 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, pas de lésions ; à gauche, absence de la 1^{re} molaire et des 2 molaires. Au maxillaire inférieur, périostite des 2 dernières molaires, absence de la 1^{re} molaire ; rien à droite.

M..., 68 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, absence des 2 dernières molaires, de la canine et de l'incisive latérale ; à gauche, racine de l'incisive centrale, carie du 2^e degré de l'incisive latérale et absence des 2 molaires. Au maxillaire inférieur, absence de la 1^{re} et de la 2^e molaire et de la 2^e prémolaire ; à droite, 4^e degré de la canine, absence de la 2^e prémolaire et carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire. Cette malade a de la pyorrhée.

M^{lle} O..., 32 ans. — Plus de dents au maxillaire supérieur ; toutes les dents du bas en bon état, sauf carie du 2^e degré sur la dent de sagesse droite. Porte un appareil en haut.

M^{lle} C..., 23 ans. — Au maxillaire supérieur, pas de lésion à droite, carie du 3^e degré de la 2^e molaire droite. Au maxillaire inférieur, absence de la première molaire gauche et de la première molaire droite. A perdu quelque peu ses cheveux.

Mlle M..., 22 ans. — Au maxillaire supérieur. A droite, absence de la 1^{re} prémolaire et de la 1^{re} molaire, carie du 3^e degré de la deuxième prémolaire ; à gauche, absence des 2 prémolaires. Au maxillaire inférieur, absence des 2 molaires de chaque côté.

M. D..., 32 ans. — Au maxillaire supérieur, absence de la 2^e prémolaire et carie du 2^e degré de la 2^e molaire ; à gauche, absence de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur,

absence de la 1^{re} molaire de chaque côté. Ce malade a 4 appareils d'une dent.

Mme E..., 44 ans. — Pyorrhée. Fréquentes crises de polyarthrite. Au maxillaire supérieur, absence des 2 prémolaires droites et des 2 prémolaires et molaires gauches. Au maxillaire inférieur rien à gauche ; à droite, absence de la 2^e molaire.

R..., 35 ans. — Ne présente qu'une carie du 3^e degré de la 2^e prémolaire supérieure droite et l'absence de la 1^{re} prémolaire du même côté. Très beaux cheveux.

Mme R..., 21 ans. — Au maxillaire supérieur, absence de la 2^e prémolaire et de la 2^e molaire droite ; rien à gauche. Au maxillaire inférieur, à gauche, absence de la 2^e molaire ; à droite, carie du 3^e degré de la 2^e molaire.

V..., 33 ans. — Au maxillaire supérieur, carie de la canine, racine de la 1^{re} prémolaire, absence de 1^{re} molaire à droite ; à gauche, carie du 4^e degré de la 1^{re} prémolaire, absence de la dent de sagesse. Au maxillaire inférieur, rien à gauche. Carie du 2^e degré de la dent de sagesse et absence de la 2^e prémolaire.

Mlle F..., 16 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, absence de la 2^e molaire et carie du 2^e degré des 2 prémolaires. A gauche, carie du 4^e degré de la 1^{re} prémolaire, absence de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, absence de la 2^e molaire gauche et de la 2^e prémolaire droite.

P..., 34 ans. — Perte complète des cheveux à 17 ans, sans cause connue appréciable en six mois. Sinusite gauche. Au maxillaire supérieur, à droite, absence des 2 prémolaires et des 3 molaires ; à gauche, absence des 3 molaires et de la 1^{re} prémolaire. Au maxillaire inférieur, absence des 3 molaires de chaque côté.

C..., 62 ans. Au maxillaire supérieur, il ne reste que les 2 incisives médianes, les racines des latérales et les canines ; au maxillaire inférieur, il reste les 4 incisives et

les racines des 2 canines. Ulcération linguale simulant la leucoplasie.

G..., 35 ans. — Au maxillaire supérieur, absence de la dent de sagesse, de la 2^e prémolaire et de la canine ; carie du 3^e degré de la 2^e molaire à droite ; à gauche, absence de la canine, des prémolaires et des 2 premières molaires. Au maxillaire inférieur, à gauche, absence de la dent de sagesse ; à droite, absence de la 1^{re} prémolaire et de la 1^{re} molaire.

S..., 20 ans. — Au maxillaire supérieur, caries du 2^e degré de la 2^e molaire droite et du 3^e de la 2^e molaire gauche. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré de la 2^e molaire de chaque côté.

D..., 28 ans. — Au maxillaire supérieur, absence de l'incisive latérale gauche et de la deuxième prémolaire droite.

Au maxillaire inférieur, à gauche, absence de la 2^e prémolaire et de la 1^{re} molaire. Carie du 3^e degré sur la 2^e molaire ; à droite, absence de la 2^e prémolaire. Beaux cheveux.

Mme C..., 53 ans. — Au maxillaire supérieur, absence des 3 molaires de chaque côté et des 2 prémolaires droites.

Au maxillaire inférieur, à droite, absence des molaires, des prémolaires et de la canine ; à gauche, absence des molaires. Carie du 3^e degré de la 2^e prémolaire.

Mme D..., 50 ans. — Au maxillaire supérieur, à gauche, absence des 3 molaires et de la 2^e prémolaire ; à droite, absence de la 2^e molaire, de la 2^e prémolaire et de la canine. Au maxillaire inférieur, à gauche, absence des molaires et des prémolaires ; à droite, absence des 2 premières molaires. Carie du 4^e degré de la dent de sagesse.

G..., 32 ans. — Il ne reste à ce malade, au maxillaire supérieur, que son incisive centrale gauche ; au maxillaire inférieur, que ses deux incisives centrales et la latérale

gauche. Il y a un abcès et de l'irritation due au port de la pièce.

Mlle V., 16 ans. — Au maxillaire supérieur, rien à gauche. A droite, absence de la 2^e molaire. Au maxillaire inférieur, carie du 4^e degré de la 1^{re} molaire gauche et caries du 2^e degré des 1^{re} et 2^e molaires droites.

F..., 30 ans. — Au maxillaire supérieur, racine de la 1^{re} molaire, carie du 3^e degré de la 2^e prémolaire à droite ; à gauche, absence de la dent de sagesse. Au maxillaire inférieur, absence de la dent de sagesse à gauche, et carie du 3^e degré de la dent homologue à droite.

Mme B. — 38 ans. — Pyorrhée. Crises fréquentes de polyarthrites sans aucune carie.

Mme V. — Caries du 3^e degré des incisives centrale et latérale supérieures gauches.

Mlle R... — Au maxillaire supérieur, racines de la 1^{re} molaire gauche. Au maxillaire inférieur, absence des premières molaires de chaque côté et carie du 3^e degré de la 2^e molaire droite.

Mlle C... — Au maxillaire supérieur, absence de la 1^{re} molaire, de la 1^{re} prémolaire et de la canine, carie du 2^e degré de l'incisive latérale à droite. Absence de la 2^e molaire inférieure gauche.

Mlle R..., 23 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, absence de la 2^e molaire et des 2 prémolaires ; à gauche, carie du 3^e degré de la 2^e molaire. Au maxillaire inférieur, caries du 2^e degré de la 1^{re} prémolaire gauche et de la 1^{re} molaire droite.

Mme C..., 43 ans. — Absence des prémolaires et de la 1^{re} molaire supérieures droites. Au maxillaire inférieur, absence des deux premières molaires de chaque côté.

C..., 22 ans, — Absence des premières molaires de cha-

que côté, au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur.

Paul B..., 29 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, absence des 3 molaires et des 2 prémolaires; caries du 2^e degré de la canine et des 2 incisives; à gauche, absence des 2 prémolaires et des 2 dernières molaires, carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, absence des 2 prémolaires et des 2 dernières molaires, racines de la 1^{re} molaire à gauche. A droite, absence des 2 dernières molaires.

Mlle A ..., 24 ans. — Au maxillaire supérieur: rien à droite; à gauche, absence de la canine, et carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, absence de la 2^e prémolaire et de la 1^{re} molaire à gauche; à droite, absence des 2 prémolaires et carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire.

Mme A... — Au maxillaire supérieur, caries de la 2^e prémolaire droite et caries du 2^e degré de l'incisive latérale et de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, à gauche, caries du 2^e degré des 2 prémolaires, à droite, absence des 2 prémolaires et de la 1^{re} molaire.

B... — Au maxillaire supérieur, caries du 3^e degré de la 2^e molaire droite. Au maxillaire inférieur, carie du 3^e degré de la 2^e molaire gauche et carie du 2^e degré de la dent de sagesse.

Mlle R..., 17 ans. -- Au maxillaire supérieur, caries du 2^e degré de la 1^{re} molaire et des deux incisives de chaque côté. Au maxillaire inférieur, absence de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la 2^e molaire à gauche; à droite, absence de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la deuxième.

Mlle P..., 15 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, caries du 2^e degré de l'incisive centrale et de la 2^e molaire; à gauche, caries du 2^e degré des 2 prémolaires. Au maxillaire

inférieur, à gauche, absence de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la 2^e prémolaire; à droite, absence de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la 2^e molaire.

Mlle A., 12 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, carie du 3^e degré de la 2^e molaire; à gauche, caries du 2^e degré de l'incisive latérale et de la canine, et du 3^e degré de la 1^{re} prémolaire. Au maxillaire inférieur, caries du 2^e degré des 2 prémolaires gauches.

G..., 40 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, carie du 4^e degré de la 1^{re} molaire, racines de la canine et des 2 prémolaires; à gauche, racines des 3 molaires. Au maxillaire inférieur; à gauche, caries du 2^e degré des 3 molaires; à droite, carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire.

Mlle B..., 35 ans. — Pyorrhée. Carie du 4^e degré de la 1^{re} prémolaire supérieure droite.

Mlle P..., 6 ans. — Carie du 3^e degré sur la 1^{re} molaire inférieure gauche.

Mme M..., 28 ans. — Fréquents accidents muqueux de la dent de sagesse inférieure de chaque côté. Carie du 2^e degré de l'incisive latérale supérieure gauche.

Mme B..., 32 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, absence de la 2^e prémolaire et de la 2^e molaire; à gauche, absence des deux prémolaires, et carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, absence des deux dernières molaires de chaque côté.

Mlle G..., 22 ans. — Au maxillaire supérieur, caries du 2^e degré de la 2^e molaire et du 3^e degré de la 2^e prémolaire à droite; à gauche, caries du 2^e degré des 2 incisives et de la 2^e molaire. Au maxillaire inférieur, caries du 2^e degré de la 2^e molaire, du 3^e degré de la 2^e prémolaire et racine de la 1^{re} molaire, à gauche.

L..., 9 ans. — Carie du 4^e degré de la 1^{re} molaire supérieure gauche et caries du 4^e degré de la 2^e molaire inférieure de chaque côté.

Mlle C..., 43 ans. — Il ne reste au maxillaire supérieur que l'incisive latérale, la canine et la 1^{re} molaire gauche. Au maxillaire inférieur, il ne reste que les 4 incisives, les deux canines et la 1^{re} prémolaire droite.

B..., 40 ans. — Au maxillaire supérieur, racine de la 1^{re} molaire droite ; à gauche, absence de la canine, de la 1^{re} prémolaire, des 3 molaires, carie du 3^e degré de la 2^e prémolaire. Au maxillaire inférieur, absence des deux premières molaires de chaque côté.

G..., 30 ans. — Au maxillaire supérieur, rien à droite ; à gauche, absence de la 1^{re} molaire, carie du 3^e degré de la 2^e molaire. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré de la 1^{re} prémolaire.

Mlle D..., 13 ans 1/2. — Prognathisme du maxillaire supérieur. — Caries du 2^e degré de la 1^{re} prémolaire supérieure droite et de la 1^{re} molaire inférieure gauche.

P..., 38 ans. — Rien au maxillaire supérieur. Au maxillaire inférieur, caries du 3^e degré de la 1^{re} molaire et du 2^e degré de la 2^e prémolaire gauche. Absence de la 2^e molaire droite.

Mme M..., 55 ans. — Pyorrhée, crises de pulpite. Rien au maxillaire inférieur. Au maxillaire supérieur, caries du 3^e degré de la 2^e prémolaire et de l'incisive latérale droite ; à gauche, absence des deux prémolaires et carie du 3^e degré de la 2^e molaire.

L..., 40 ans. — Il manque les canines, les 1^{re} prémolaires et les incisives de chaque côté au maxillaire supérieur, plus une carie du 2^e degré de la 2^e molaire gauche. Carie du 2^e degré de la 2^e molaire gauche.

Joseph N..., 27 ans 1/2. — Au maxillaire supérieur, à droite, absence de la dent de sagesse et de la 1^{re} molaire, carie du 2^e degré de la 2^e prémolaire. À gauche, carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, absence de la 1^{re} molaire et carie du 2^e degré de la 2^e molaire droite.

Mme G..., 34 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, rien; à gauche, caries du 2^e degré de l'incisive latérale et de la 1^{re} molaire et du 4^e degré de la 1^{re} prémolaire; racine de la 2^e prémolaire. Au maxillaire inférieur, à gauche, carie du 2^e degré de la 2^e molaire; à droite, absence de la 1^{re} molaire.

Mlle C..., 14 ans. — Au maxillaire supérieur, carie du 3^e degré de la 1^{re} prémolaire droite; à gauche, carie du 3^e degré de la 1^{re} prémolaire, du 2^e degré de la 2^e prémolaire; absence de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, carie du 3^e degré de la 1^{re} prémolaire.

Georges D..., 17 ans. — Carie du 2^e degré de l'incisive latérale et de la 2^e prémolaire supérieure droite. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré de la 2^e prémolaire et du 4^e degré de la 1^{re} molaire à gauche; à droite, carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire.

Mlle F..., 18 ans. — Au maxillaire supérieur, carie de la 2^e prémolaire et absence de la 1^{re} molaire droite; à gauche, carie du 3^e degré de l'incisive latérale et du 4^e degré de la 2^e molaire. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré des 2 molaires de chaque côté.

G..., 41 ans. — Rien au maxillaire supérieur. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré de la 2^e prémolaire gauche et carie du 3^e degré de la dent de sagesse droite.

Mme B..., Au maxillaire supérieur, à droite, carie du 3^e degré de la dent de sagesse; à gauche, carie du 2^e degré de la 2^e molaire. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré sur les 2 prémolaires et les 3 molaires gauches. A droite, carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire.

Mlle B. S..., 13 ans. — Palais ogival, rétrécissement du maxillaire supérieur. Prognathisme. Carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire inférieure droite.

G..., 15 ans. — Au maxillaire supérieur, carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire droite; à gauche, carie du 2^e degré de

la 2^e molaire et du 3^e degré de la 1^{re} prémolaire. Au maxillaire inférieur, absence de la 1^{re} molaire de chaque côté et carie du 4^e sur l'incisive centrale gauche traumatisée.

L..., 33 ans. — Au maxillaire supérieur, à gauche, absence des 2 prémolaires; à droite, absence de la canine et de la 1^{re} prémolaire, carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire et du 3^e degré de la dent de sagesse. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré de la 2^e molaire et de la dent de sagesse gauche.

A..., 34 ans. — Au maxillaire supérieur, carie du 3^e degré de la 1^{re} prémolaire et du 2^e degré des 2 dernières molaires droites; à gauche, carie du 2^e degré des 2 prémolaires et de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, carie du 2^e degré des 2 prémolaires et de la dent de sagesse à gauche; à droite, carie du 2^e degré des 2 prémolaires et de la 1^{re} molaire.

Mme S... — Au maxillaire supérieur, absence des 2 prémolaires, de la canine et de la 2^e molaire à droite; à gauche, absence des 2 prémolaires, et carie du 3^e degré de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur; à gauche, absence des 3 molaires, à droite, carie du 2^e degré de la 1^{re} molaire.

Mlle V..., 6 ans. — Rien au maxillaire supérieur. Au maxillaire inférieur, à gauche, carie du 2^e degré des 2 molaires de lait; à droite, carie du 5^e degré de la 1^{re} molaire et 3^e degré de la 2^e molaire.

Mlle A..., 16 ans. — Au maxillaire supérieur, à droite, carie du 2^e degré de l'incisive latérale, et du 3^e degré de la canine; à gauche, caries du 2^e degré des 2 incisives et de la canine. Racines des 2 prémolaires et de la 1^{re} molaire. Au maxillaire inférieur, racines des 2 premières molaires et de la 2^e prémolaire. Carie du 2^e degré de la canine et de la 1^{re} prémolaire à gauche, à droite, carie du 2^e degré de la 1^{re} prémolaire.

VI

Les malades que nous venons d'examiner sembleraient *a priori*, devoir être des sujets d'élection pour la pelade, tant par la multiplicité et l'acuité des lésions dentaires de la plupart, que par leurs conditions d'existence pénible, et, souvent, leurs tares pathologiques, qui constituent autant de sommations peladogènes.

Or, nous ne trouvons chez eux que ce que nous avons trouvé chez les malades d'ophtalmologie ou des autres services : des dépilations diffuses, des calvities précoces, de l'impétigo, de l'eczéma, des cicatrices, mais, en somme, rien qui puisse attirer l'attention, au point de vue peladique en particulier.

On pourra nous objecter que les malades que nous voyons, s'ils doivent faire de la pelade, sont à une période préalopécique. Cela pourrait être vrai, sans doute, mais en général, ceux qui viennent nous trouver souffrent depuis longtemps, reculant toujours l'extraction qui est, la plupart du temps, le seul traitement possible. Le temps écoulé depuis le début des lésions jusqu'au moment de l'avulsion est bien souvent suffisant pour l'apparition d'une plaque de pelade. D'autre part, les racines encore en place, et l'absence de nombreuses dents, témoignent des orages dentaires antérieurs. Questionnés au point de vue des troubles pilaires qu'ils ont pu en éprouver, nos malades nous ont répondu négativement.

On pourra nous reprocher également d'avoir présenté des malades dont l'âge correspond à l'« entr'acte dentaire ». C'est vrai, mais nous ferons remarquer que l'entr'acte dentaire n'est qu'apparent et qu'entre la fin de la deuxième dentition et l'apparition de la dent de sagesse, cette dernière poursuit une évolution lente, mais cependant réelle, à l'intérieur du maxillaire.

Nous croyons nos opinions sur la pelade d'origine dentaire corroborées par les faits suivants, en dehors de nos statistiques. Chez l'enfant, l'évolution de la première dentition est très souvent laborieuse et cependant, bien que le système pilaire soit en évolution lui aussi, ce sont surtout des troubles viscéraux qui se manifestent, et non des lésions tégumentaires.

Pendant l'apparition de la deuxième dentition, les troubles dentaires sont en général assez peu douloureux, et cependant, les années correspondantes forment la première période optima de la pelade.

Enfin, les troubles dus à l'évolution de la dent de sagesse sont relativement très fréquents et, parmi eux, les cas de pelade plutôt rares. Même rapport encore dans les professions où les dents se carient rapidement, et dans certaines régions où le même phénomène s'observe de très bonne heure. Malgré des dentitions ravagées, on ne compte pas un pourcentage de pelade supérieur, soit d'une part, à celui que l'on rencontre dans les autres professions, soit d'autre part, à celui des autres régions.

En reprenant notre première série d'observations, nous voyons des peladiques avoir de bonnes dents, d'autres faire des pelades très étendues, avec des lésions

dentaires uniques ou peu importantes. Mais, nous retrouvons les mêmes lésions chez d'autres malades qui, ceux-là, n'ont pas la pelade, et cependant, notre statistique a porté sur les malades du même hôpital, aussi comparables que possible, par conséquent, sur des syphilitiques quelquefois, qui semblent fréquemment sujets à la pelade.

Ainsi, les rapports des lésions dentaires et de la pelade, semblent être des plus variables. Nous avons admis que dans quelques cas, très nettement définis, cette dermatose a été déterminée par un réflexe d'origine dentaire ; mais ce dernier ne semble devoir jouer qu'un rôle assez effacé dans la pathogénie de la pelade, sans pouvoir remplacer le *nescio quid ignotum* dont parle Sabouraud à ce sujet ; et encore, nous avons passé sous silence les échecs de la cure dentaire qui viennent eux aussi à l'appui de nos conclusions.

CONCLUSIONS

Nous concluons donc :

I. — Que l'état de la dentition est sensiblement le même chez les peladiques que chez les autres malades.

II. — Que la pelade n'est pas plus fréquente chez les malades des consultations dentaires que chez ceux des autres consultations.

III. — Et que, par conséquent, l'origine gingivodentaire de la pelade, dans l'état actuel de nos connaissances, peut être considérée comme une exception.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 novembre 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BARDEN, *Essai sur les répercussions cutanées des irritations gingivo-dentaires* (Congrès de Genève).
- BATEMAN, *Abrégé pratique des maladies de la peau*.
- BAYET, Traitement de la pelade par le rayonnement ferrique (*Journal médical de Bruxelles*, 1908).
- BAZIN, *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, Paris, 1893.
- BESNIER, Sur la pelade (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 31 juillet 1888).
- BETTMAN, Ueber Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen (*Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, 1904).
- BROCQ, *Traité élémentaire de dermatologie*, art. PELADE.
- BROCQ et JACQUET, *Précis élémentaire de dermatologie*.
- CIARROCHI, *Transat. of the third intern. congress. of dermat.*
- CRUYL, la Pelade est-elle contagieuse? (*Annales de dermatologie*, 1902).
- DARIER, *Précis de dermatologie*, 1909.
- DAUZATS, *Recherches sur la contagiosité de la pelade* (thèse de Paris, 1901).
- DÉHU, Article PELADE (*Pratique dermatologique*, t. III).
- Un cas de sommations peladogènes (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, mars 1902).
- DUBREUILH, *De la Pelade*, Bordeaux, 1889.
- GARY, Contagiosité et traitement de la pelade (*Annales de dermatologie*, 1904).
- GAUCHER, *Traité des maladies de la peau* (in *Brouardel et Gilbert*).
- De la contagiosité de la pelade (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1902).
- GAUCHER et LACAPÈRE, Petite épidémie peladique (*Bulletin de la Société de dermat. et syph.*, 1904).

GAUMERAIS, *Répercussion cutanée des irritations gingivo-dentaires* (Congrès de Lisbonne, 1906).

HALLOPEAU, *Rapport sur la contagion de la pelade* (XV^e Congrès international des sciences médicales, Lisbonne, 1906).

— Rapport sur un travail de M. Dezautière (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1901).

HALLOPEAU et LEREDDE, *Traité pratique de dermatologie*.

HARDY, Article PELADE du *Dictionnaire de Jaccoud*.

HORAND, *Etat actuel de la science relativement à la nature et à la contagion de la pelade*, Lyon, 1898.

— *Lyon médical*, « La pelade n'est pas contagieuse » (Communication faite à la Société nationale de médecine de Lyon, 21 janvier 1907).

JACQUET, Traitement de la pelade par l'irritation simple aseptique (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898).

— Nature et traitement de la pelade (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, mai-juin, août-septembre 1900).

— Pelade et lésions dentaires (*Société de dermatologie et syphiligraphie*, 8 novembre 1900).

— Les rapports de la pelade avec les lésions dentaires (*Presse médicale*, novembre 1900).

— Relations entre la pelade, l'agénésie pileaire, la calvitie et les lésions dentaires. Urologie de la pelade (*Société de dermatologie et syphiligraphie*, février 1901).

— Troubles du chimisme sanguin et urinaire dans la pelade (en collaboration avec Portes) (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, mars 1901).

— Pathogénie de la pelade (*Société de dermatologie et syphiligraphie*, 2 mai 1901).

— Pelade à point de départ gingival (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, décembre 1901).

— Pathogénie de la pelade (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, février 1902).

— Des somnations peladogènes (*Société médicale des hôpitaux*, mars 1902).

— Nature et traitement de la pelade. La pelade d'origine dentaire (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, février-mars 1902).

— La pelade d'origine dentaire (*Revue de stomatologie*, mai 1902).

JACQUET, La pelade, sa pathogénie (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, 5 juin 1902).

- Angine pré-peladique ; éruption de la dent de sagesse inférieure gauche ; syndrome néo-dentaire gauche et pelade auriculaire gauche (*Société médicale des hôpitaux*, juillet 1902).
- Syndrome néo-dentaire avec pelade (*Revue de stomatologie*, novembre 1902).
- Echec de cent tentatives d'inoculation peladique (Académie de médecine, 8 décembre 1903) (*Presse médicale*, 12 décembre 1903).
- Angine, pelade et névralgie occipitale (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 29 avril 1904).
- Rapport sur la petite épidémie peladique de MM. Gaucher et Lacapère (*Société de dermatologie*, 3 novembre 1904).
- Pelade droite avec héli-hyperesthésie neuro-musculaire gauche.
- Cas complexes de pelade dentaire (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1904).
- A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1906).
- Pelade par projectiles intra-craniens (*Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie*, 1906).
- A propos de la pelade (*la Clinique*, 23 octobre 1908).
- Le pelade n'est pas contagieuse. Réponse à M. Hallopeau (*la Clinique*, 18 décembre 1908).
- La pelade n'est pas contagieuse (*Quinzaine thérapeutique*, 10 et 25 janvier 1909).

JACQUET et CRAMER, *Essais sur les réactions organiques d'origine gengivo-dentaire* (1^{er} Congrès de stomatologie, 1907).

LAILLÉ, *Leçons cliniques sur les teignes*, Paris, 1878.

LASSAR, *Thérap. Monatsch.*, décembre 1888.

- *Comptes rendus du Congrès international de dermatologie*, Paris, 1901.

MALASSEZ, *Archives de phys. norm. et pathol.*, 1874.

MAX (Joseph), Experiment. Untersuch. über die Aetiologie der Alopecia areata (*Monatsch. f. prakt Dermatologie*, 1886).

MAYER, Zur ubertragung der Alopecia areata (*Dermatologische Zeitschrift*, Bd. XIII, H. 1, p. 59).

MIBELLI, Ricerche sperimentali sull'etiologia dell'Alopecia

- areata (*Bollettino della Societa traicullari di scienze mediche di Sienna*, 1887).
- MILIAN, Pelade de la moustache d'origine dentaire (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1902).
- PATTE, *Essai sur la pelade d'origine gingivo-dentaire* (thèse de Paris, 1904).
- PAULOV, les Pelades (*IV^e Congrès international de dermatologie et syphiligraphie*, Paris, 1900).
- PÉCHIN, *Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la pelade* (thèse de Paris, 1902).
- RODIER, *Revue de stomatologie*, 1903, p. 42.
- ROUSSEAU-DECELLE, *la Pelade et en particulier la pelade d'origine dentaire* (Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, 15 janvier 1909).
- SABOURAUD, *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher et Comby.
- Discussion sur l'épidémie familiale de Briey (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1906).
- Étude expérimentale sur les origines de la pelade (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1896).
- SICARD, A propos de la pelade (*la Clinique*, 2 et 16 octobre 1908).
- SPIRAL, *Etude sur les essais expérimentaux d'inoculation peladique* (thèse de Paris, 1905).
- SPRECHER, Neuer Beitrag zum studium der Alopecia areata traumatica (*Arch. f. Dermatologie und Syphiligraphie*, 1909).
- THIN, *British med. Journ.*, 1882.
- VON SCHLEN, *Virchow's Arch.*, 1885.

